TRACTS
RECENSIONS EXEMPLAR
BRITISH MEDICAL ASSOCIATION Library

HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

PROFESSOR E. BLEULER (ZÜRICH), DR. K. BLUM (KÖLN A. RH.), PROFESSOR K. BONHOEFFER (BRESLAU), PROFESSOR O. BUMKE (MÜNCHEN), DIREKTOR A. GROSS (EMMENDINGEN), PROFESSOR A. HOCHE (FREIBURG I. B.), PROFESSOR M. ISSERLIN (MÜNCHEN), PROFESSOR A. JAKOB (HAMBURG), PRIVATDOZENT V. KAFKA (HAMBURG), PRIVATDOZENT E. KAHN (MÜNCHEN), PROFESSOR TH. KIRCHHOFF (SCHLESWIG) †, DR. A. KRONFELD (BERLIN), PRIVATDOZENT J. LANGE (MÜNCHEN), PROFESSOR O. PÖTZL (PRAG), PROFESSOR E. REDLICH (WIEN), PROFESSOR M. ROSENFELD (ROSTOCK), PROFESSOR K. SCHNEIDER (KÖLN A. RH.), PROFESSOR P. SCHROEDER (LEIPZIG), PROFESSOR E. SCHULTZE (GÖTTINGEN), PROFESSOR W. SPIELMAYER (MÜNCHEN), PROFESSOR E. STRANSKY (WIEN), PROFESSOR H. VOGT (WIESBADEN), PROFESSOR G. VOSS (DÜSSELDORF), PROFESSOR J. WAGNER-JAUREGG (WIEN), PROFESSOR W. WEYGANDT (HAMBURG-FRIEDRICHSBERG)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG
IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER TEIL.

4. ABTEILUNG, 2. HÄLFTE.

DIE PARANOIAFRAGE.

VON PRIVATDOZENT DR. J. LANGE (MÜNCHEN).

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1927.

Verlags-Nr. 8126.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Im Erscheinen begriffen:

Handbuch der Psychiatrie.

Herausgegeben von

Prof. Dr. G. Aschaffenburg in Köln a. Rh.

Einteilung des Werkes:

A. Allgemeiner Teil.

1. Abt.: 1. Teil: **Jakob**, Prof. **Dr. A.**, Normale und pathologische Anatomie der Großhirnrinde mit besond. Berücksichtigung der Pathologie der Psychosen. Im Druck.
2. Teil: **Kafka**, Priv.-Doz. **Dr. V.**, Serologische Methoden, Ergebnisse und Probleme der Psychiatrie. Preis Gm. 7·—.
3. Teil: **Kahn, Dr. E.**, Erbbiologische Einleitung. Preis Gm. 3·40.

2. Abt.: **Rosenfeld**, Prof. **Dr. M.**, Die Physiologie des Großhirns. — **Isserlin**, Priv. Doz. **Dr. M.**, Psychologische Einleitung. Preis geh. Gm. 4·20.

3. Abt.: **Voss**, Priv.-Doz. **Dr. G.**, Die Ätiologie der Psychosen. — **Aschaffenburg**, Prof **Dr. G.**, Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Preis geh. Gm. 8·40.

4. Abt.: **Kirchhoff**, Prof. **Dr. Th.**, Geschichte der Psychiatrie. — **Gross**, Direktor **Dr. A.**, Allgemeine Therapie der Psychosen. Preis geh. Gm. 4·20.

5. Abt.: **Bumke**, Prof. **Dr. O.**, Gerichtliche Psychiatrie. — **Schultze**, Prof. **Dr. E.**, Das Irrenrecht. Preis geh. Gm. 5·—.

B. Spezieller Teil.

1. Abt.: **Aschaffenburg**, Prof. **Dr. G.**, Die Einteilung der Psychosen. — **Vogt**, Prof. **Dr. H.**, Epilepsie. Preis geh. Gm. 4·20.

2. Abt.: 1. Hälfte: **Wagner-Jauregg**, Prof. **Dr. J.**, Myxödem und Kretinismus. Preis geh. Gm. 2·50.
2. Hälfte: **Weygandt**, Prof. **Dr. W.**, Idiotie und Imbezillität oder die Gruppe der Defektzustände des Kindesalters. Preis geh. Gm. 4·20.

3. Abt.: 1. Hälfte: **Bonhoeffer**, Prof. **Dr. K.**, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen, Allgemeinerkrankungen und inneren Erkrankungen. — **Schroeder**, Prof. **Dr. P.**, Intoxikationspsychosen. Preis geh. Gm. 5·—.
2. Hälfte, I. Teil: **Redlich**, Prof. **Dr. E.**, Psychosen bei Gehirnerkrankungen. Preis geh. Gm. 2·—.
2. Hälfte, II. Teil: **Pötzl**, Prof. **Dr. O.**, Aphasie. Im Druck.

4. Abt.: 1. Hälfte: **Bleuler**, Prof. **Dr. E.**, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. Preis geh. Gm. 6·60.
2. Hälfte: **Lange**, Priv.-Doz. **Dr. J.**, Die Paranoiafrage.

5. Abt.: **Hoche**, Prof. **Dr. A.**, Dementia paralytica. — **Spielmeyer**, Priv.-Doz. **Dr. W.**, Die Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Preis geh. Gm. 3·40.

6. Abt.: **Stransky**, Priv.-Doz. **Dr. E.**, Das manisch-depressive Irresein. Preis geh. Gm. 5·—.

7. Abt.: 1. Teil: **Schneider**, Prof. **Dr. K.**, Die psychopathischen Persönlichkeiten. Preis geh. Gm. 3·80.
2. Teil: 1. Hälfte: **Schneider**, Prof. **Dr. K.**, Die abnormen seelischen Reaktionen.
2. Hälfte: **Blum, Dr. K.**, Hysterie. In Vorbereitung.
3. Teil: **Kronfeld, Dr. A.**, Die Sexualpsychopathologie. Preis geh. Gm. 3·80.

Allgemeine Grundlagen der Reflexologie des Menschen.

Leitfaden für das objektive Studium der Persönlichkeit.

Von Prof. **W. Bechterew**,

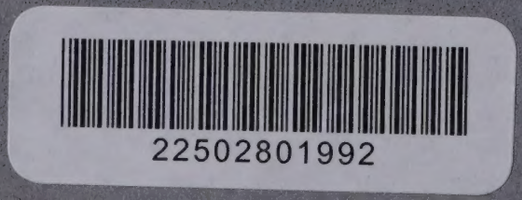
Präsident der staatlichen psychoneurologischen Akademie,
Direktor des staatlichen reflexologischen Instituts für Gehirnforschung in Leningrad.

Mit 10 Abbildungen im Text und 19 Figuren auf Tafeln.

Mit einem Vorwort von Prof. **Ad. Czerny**, Berlin.

Nach der dritten Auflage herausgegeben von Prof. **Martin Pappenheim**, Wien.

Preis geh. Gm. 26·—, geb. Gm. 29·—.


22502801992

WELLCOME
LIBRARY
General Collections
P
2028

HANDBUCH DER PSYCHIATRIE.

UNTER MITWIRKUNG VON

Professor E. Bleuler (Zürich), Dr. K. Blum (Köln a. Rh.), Professor K. Bonhoeffer (Breslau), Professor O. Bumke (München), Direktor A. Gross (Emmendingen), Professor A. Hoche (Freiburg i. B.), Professor M. Isserlin (München), Professor A Jakob (Hamburg), Privatdozent V. Kafka (Hamburg), Privatdozent E. Kahn (München), Professor Th. Kirchhoff (Schleswig) †, Dr. A. Kronfeld (Berlin), Privatdozent J. Lange (München), Professor O. Pötzl (Prag), Professor E. Redlich (Wien), Professor M. Rosenfeld (Rostock), Professor K. Schneider (Köln a. Rh.), Professor P. Schroeder (Leipzig), Professor E. Schultze (Göttingen), Professor W. Spielmayer (München), Professor E. Stransky (Wien), Professor H. Vogt (Wiesbaden), Professor G. Voss (Düsseldorf), Professor J. Wagner-Jauregg (Wien), Professor W. Weygandt (Hamburg-Friedrichsberg)

HERAUSGEGEBEN VON

PROFESSOR DR. G. ASCHAFFENBURG
IN KÖLN A. RH.

SPEZIELLER TEIL.

4. ABTEILUNG, 2. HÄLFTE.

DIE PARANOIAFRAGE.

Von Privatdozent Dr. J. LANGE (München).

LEIPZIG UND WIEN.
FRANZ DEUTICKE.
1927.

6.1.27
f. M. 3.30
117

DIE

PARANOIAFRAGE

VON

PRIV.-DOZ. DR. J. LANGE

IN MÜNCHEN

LEIPZIG UND WIEN
FRANZ DEUTICKE
1927

Alle Rechte, besonders das der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten.

Copyright 1927 by Franz Deuticke, Leipzig und Wien.

Verlags-Nr. 3126.

Druck von Rudolf M. Rohrer in Brünn.

Vorwort.

Im Plane dieses Handbuches war ursprünglich eine Unterabteilung „Paranoia“ vorgesehen. Von den fortschreitenden Forschungen der letzten Jahrzehnte, die zu einem Verschwimmen aller scharfen klinischen Abgrenzungen zu führen scheinen, wurde der Paranoia als einem wohl umschriebenen Krankheitsbegriff besonders arg mitgespielt. Vielfach wird die Berechtigung, die Paranoia als eine besondere Krankheitsform aufzufassen, in Frage gestellt. Gaupps gedankenvolles Paranoiareferat gibt der Sachlage einen ausgezeichneten Ausdruck. Bei dem heutigen Stand der Dinge würde es jedenfalls kaum angängig sein, eine Monographie über die Paranoia im Sinne etwa der letzten Darstellung Kruegers zu schreiben.

Sollte der Abschnitt des Handbuches nicht ganz fortfallen, so blieb nichts anderes übrig, als die Paranoiafrage abzuhandeln. Nachdem im Rahmen des Handbuches K. Schneider in seinen „Psychopathischen Persönlichkeiten“ und „Abnormen seelischen Reaktionen“ eine ganze Reihe von einschlägigen Problemen in unübertrefflicher Kürze umrissen und Aschaffenburg in seiner „Allgemeinen Symptomatologie der Psychosen“ alle wesentlichen psychologischen Gesichtspunkte erörtert hat, blieb es mir vorbehalten, mich hauptsächlich mit klinischen Fragen und Zusammenhängen auseinanderzusetzen. Wenn bei dem Versuch einer möglichst objektiven Darstellung der Problemlage eine persönliche Stellungnahme nicht auszuschalten war, so liegt dies zum großen Teil an dem behandelten Stoff selbst, der immer erneut Glaubensbekenntnisse herausfordert. Glaubensbekenntnisse, da in dem ganzen Gebiet alles in Fluß ist, sichere, schlicht mitteilbare Erkenntnisse aber sich äußerst spärlich finden. Ohne irgend eine Stellungnahme aber hätte die Abhandlung zu einem einfachen Literaturbericht werden müssen, der über Schnizer hinaus wohl an einzelnen Punkten wesentlich Neues gebracht haben würde, dafür aber auch alle Nachteile eines Literaturberichtes gehabt hätte, vor allem jenen, daß Wesentliches durch Unwichtiges erdrückt worden wäre. Ich nehme es daher lieber in Kauf, Kritik herauszufordern, als zu langweilen.

München, im Juli 1926.

Johannes Lange.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Vorwort III

A. Geschichte der Paranoiaauffassungen bis zu den letzten Formulierungen Kraepelins 1

B. Die letzte Begriffsfassung Kraepelins. (Paranoiaauffassungen in Frankreich.) 4

C. Die Paranoiafrage 8

I. Kasuistik der Paranoia 9

II. Paranoia als Zustandsbild verschiedenartiger Prozesse 18

A. Schizophrenie 18

B. Andere Prozesse 22

C. Manisch-depressives Irresein. 24

III. Chronisch fortschreitende und milde Paranoia 28

IV. Haben die paranoischen Erkrankungen überhaupt wesentliche gemeinsame Grundlagen? 33

V. Paranoische Veranlagung 36

VI. Folgerungen aus der möglichen Annahme einer einheitlichen paranoischen Veranlagung 42

VII. Nächste Grenzbeziehungen der Paranoia 44

D. Mögliche Auffassungen der Paranoia. 47

E. Literatur 51

Geschichte der Paranoiaauffassungen bis zu den letzten Formulierungen Kraepelins.

Eine erschöpfende Geschichte der Paranoia würde zugleich eine solche der gesamten Psychiatrie der letzten 60 Jahre sein müssen. Hier können wir uns darauf beschränken, diejenigen Zusammenhänge herauszuheben, aus denen die heutige Problemlage erwächst.

Die Bezeichnung Paranoia, schon von Heinroth (1818) und dann von Kahlbaum (1863*), Vecordia paranoia) für eine Gruppe „partieller Seelenstörungen" mit „fixen Ideen" verwendet, bürgerte sich erst späterhin unter dem Einfluß Mendels endgültig für jene Krankheitsfälle ein, deren Kern die „Verrücktheit" ausmacht. Diese selbst, gekennzeichnet durch „fixe" Wahnideen oder Systeme von solchen, die bei voller Besonnenheit auftreten, sollte nach der älteren Lehre Griesingers nur ein Verlaufsabschnitt des Irreseins sein. Man war der Meinung, daß sie sich regelmäßig aus einer affektiven Geistesstörung heraus entwickele, um von Verwirrtheit und schließlich Blödsinn gefolgt zu sein, falls die Krankheit nicht an irgend einem Punkte Halt mache. Hoffmanns (1861) und Snells (1865) Lehren von der „Monomanie", welche mit dem Dogma von der ausschließlich sekundären Natur der Verrücktheit brachen, mußten doch erst durch Griesingers Aufstellung der „primären Verrücktheit" (1867) aufgenommen werden, ehe der Siegeszug der Paranoia als der primären und vorwiegenden Verstandeskrankheit beginnen konnte. 1868 trat Sander mit seiner Umschreibung der „originären Verrücktheit" hervor, und 1876 entwickelte Westphal seine Anschauungen über die primäre Verrücktheit, bei der das Hauptgewicht auf dem abnormen Vorgang im Vorstellen liege, während affektive Störungen bedeutungslos oder akzessorisch seien, formale Denkstörungen ebenso wie Halluzinationen vorhanden sein oder fehlen könnten. Westphal spricht schon von einer akuten Form der Verrücktheit und weiterhin von einer abortiven, die durch das Auftreten von Zwangsvorstellungen gekennzeichnet sei.

In Westphals Lehre haben wir einen Höhepunkt in der Entwicklung der Paranoia vor uns. Nach seiner Begriffserfassung war sie ja geeignet, nahezu alle Krankheitsformen aufzunehmen, in denen „Verstandesstörungen" eine Rolle spielen. Aus diesem großen Topf wurden jedoch bald einzelne Formen herausgenommen, so 1879 durch Fritsch und Meynert die „Verwirrtheit" bzw. die „akute halluzinatorische Form des Wahnsinns", die heute noch als

*) Auch der Schwede Kjellberg verwandte nach Wigert 1863 schon das Wort Paranoia für paranoide Psychosen.

Amentia ihre Daseinsberechtigung erweist, weiterhin die Wahnsinnsformen, wie sie Kraepelin 1889 umgrenzt. Das sind Krankheitsgestaltungen, die durch „detailliertere Ausbildung der intellektuellen Störungen (Wahnideen, Sinnestäuschungen) von den affektiven Formen, durch begleitende Affekte, rascheren Verlauf und günstigere Prognose von der Verrücktheit" sich abheben sollten. Cramers Paranoiareferat im psychiatrischen Verein in Berlin vom 15. Dezember 1893 warf aber alle diese Gestaltungen wieder zusammen: Verwirrtheit (Amentia), Wahnsinn und Verrücktheit gehören seines Erachtens klinisch und genetisch zusammen; ihre Grundstörungen sind solche der Verstandestätigkeit; affektive Erscheinungen spielen eine sekundäre Rolle. Verwirrtheit kommt beim Wahnsinn wie bei der Verrücktheit vor. Alle beigebrachten differentialdiagnostischen Merkmale können die gemeinsame Grundlage nicht erschüttern. Scharf ist dagegen die Abgrenzung gegenüber den Stimmungsanomalien und den komplizierten Psychosen. Die Definition hat zu lauten: „Die Paranoia ist eine einfache funktionelle Psychose. Sie ist charakterisiert durch eine Erkrankung der Verstandestätigkeit, wobei die Affekte nur eine sekundäre Rolle spielen." Der Mitreferent Bödecker stellte in seinem Schlußwort die Einteilung der Paranoiagruppe in akute und chronische Formen voran, die jeweils wiederum in einfache und halluzinatorische, die letzteren wieder in delirierende (verwirrte) und systematisierende zu scheiden seien. Erwähnung verdient hier noch, daß Mendel 1888 schon eine Paranoia periodica beschrieben hat.

In den Aussprachen, die sich im folgenden Jahre den Referaten anschlossen, finden sich Anknüpfungspunkte für die gesamte folgende Entwicklung. Rein klinisch ist schon bedeutungsvoll, daß Mendel und Jastrowitz entschieden für die Abtrennung der Amentia eintraten, viel wichtiger aber, daß der letztere die Gesichtspunkte in den Vordergrund schob, die Kraepelin schon 1892 mit Nachdruck hervorgehoben hatte: nicht einzelne Symptome und Episoden können als Grundlagen klinischer Abgrenzungen dienen; vielmehr komme man zur Abtrennung vollkommen gleichartiger Fälle nur durch gleichzeitige Berücksichtigung von Genese, symptomatischer Analyse, Verlauf und Ausgang. Erst diese „Totalauffassung" führe zu Krankheitsformen. Dem entspricht auch Neissers Wunsch nach einer Sammlung wirklich gut beschriebener und verfolgter Beobachtungen, bei denen die Diktion keine Rolle spielen dürfe. Mit allem Nachdruck fordert Jastrowitz, daß die Paranoia chronica mit der Gesamtheit ihrer Kennzeichen der Ausgangspunkt jeder Umgrenzung des Begriffes sein müsse.

Während Jolly die Behauptung, die Paranoia sei eine primäre Verstandeskrankheit, als eine rein theoretische These bezeichnet, rührt entschiedener noch Moeli an ein wichtiges Problem, wenn er Zweifel an der sekundären Natur der affektiven Vorgänge äußert. Diese scheinen ihm vielmehr für die akuten Formen sicher, vermutungsweise aber auch für die chronischen Formen von großer Bedeutung zu sein.

Die Geistesstörungen der Haft werden von Jastrowitz herangezogen. Dieser ist es auch, der bei der Besprechung der chronischen Paranoia auf die Wirksamkeit des Temperaments und seiner Grundlagen bei der Entstehung der Krankheit zu sprechen kommt. Auf der gleichen Linie liegen Neissers Bemerkungen über die Rolle der fehlerhaften Eigenbeziehung mit ihren Motiven.

Von allen diesen Gedanken blieb auf Jahrzehnte hinaus weitaus der wichtigste für die Entwicklung der Paranoiafrage die Forderung der „Totalauffassung“ durch Jastrowitz, die, wie bereits erwähnt, Kraepelin in einem Kongreßvortrag schon 1892 eindringlich erhoben hatte. Kraepelin, an dessen klinische Arbeit sich die weitere entscheidende Förderung der Problemlage knüpft, schlug schon damals vor, mit dem Namen Paranoia nur die chronisch verlaufenden Fälle besonnener Wahnbildung zu bezeichnen, also nicht bloß die Symptome, sondern vor allem den Verlauf und den Ausgang zur Abgrenzung zu benutzen. Die Forschung nach diesen klinischen Grundsätzen engte die Paranoia, die unter dem Einfluß der Lehren von Westphal und Cramer in manchen Anstalten 70 bis 80% des Krankenstandes umfaßte, auf einen immer engeren Kreis von Beobachtungen ein. Nach Ausscheidung der akuten heilbaren Krankheiten, vor allem der Amentia, und jener, die nach kürzerer oder längerer Zeit zu einer deutlichen geistigen Schwäche führen, blieb „eine Gruppe von Fällen, in denen sich von Anfang an klar erkennbar ganz langsam ein dauerndes unerschütterliches Wahnsystem bei vollkommener Erhaltung der Besonnenheit und der Ordnung des Gedankenganges herausbildet“. Für diese Formen, die „mit Notwendigkeit zu einer tiefgreifenden Umwandlung der gesamten Lebensanschauung, zu einer Verrückung des Standpunktes führen, welchen der Kranke gegenüber den Personen und Ereignissen seiner Umgebung einnimmt“, will Kraepelin allein die Bezeichnung vorbehalten.

Wird noch in der 4. Auflage des Kraepelinschen Lehrbuches die große Mannigfaltigkeit der vermutungsweise hierher gehörigen Formen nach ganz äußeren Gesichtspunkten geordnet (a) depressive Formen: halluzinatorischer Verfolgungswahn, phantastischer Verfolgungswahn, hypochondrische Verrücktheit, sexueller, physikalischer Verfolgungswahn, Eifersuchtswahn, kombinatorischer Verfolgungswahn, Querulantenwahn; b) expansive Formen: halluzinatorischer Größenwahn, kombinatorischer Größenwahn, erotische Verrücktheit), so bereitet die Untergruppierung in der 5. Auflage 1895 schon der späteren Umgrenzung den Weg. Es wird getrennt in kombinatorische Formen (Verfolgungs- und Größenwahn, erotische Verrücktheit, Querulantenwahn) und phantastische Formen, zu denen alle halluzinatorischen Bilder gehören. Die erstere umfasse etwa 1%, die letztere 2 bis 3% aller Aufnahmen. In der folgenden Auflage 1899 erscheinen unter der Paranoia nur noch die kombinatorischen Gestaltungen, unter denen der Querulantenwahn eine wesentliche Rolle spielt. Der Großteil der halluzinatorischen Bilder ist in der Dementia praecox aufgegangen.

Während eine zunehmende Einengung des Umfanges der Paranoia auch außerhalb der engeren Schule Kraepelins stattfand, hielt man doch vielfach an dem Vorkommen auch halluzinatorischer Formen der chronischen Paranoia fest. Kraepelin hatte dagegen in klarer Verfolgung klinischer Gesichtspunkte mit gutem Recht die halluzinatorischen Bilder, die sich nicht bloß durch das Auftreten von Sinnestäuschungen, sondern auch durch einen anderen Ausgang von den kombinatorischen Formen abhoben, aus der Paranoia ausgeschieden. Dennoch konnte er sich der Tatsache nicht verschließen, daß eine Reihe dieser halluzinierenden Verrückten nicht in schweren schizophrenen Defektzuständen endeten, sondern ihre Persönlichkeit auch in jahrzehntelangem Krankheitsverlauf mehr oder weniger unberührt erhielten. In der letzten Auflage seines Lehrbuches

erscheint daher zwischen den paranoiden Formen der Dementia praecox und der Paranoia die Gruppe der Paraphrenien, die in ihrem Kern den Hauptteil der phantastischen Formen der Paranoia von 1895 umfassen dürfte.

Die letzte Begriffsfassung Kraepelins.

Die letzte Auflage des Kraepelinschen Lehrbuches bringt auch für die Paranoia selbst noch entscheidende Wandlungen: Auf der einen Seite handelt es sich mehr um eine innere Umlagerung insofern, als neben dem zahlenmäßig vorwiegenden Verfolgungswahn die Formen von Größenwahn, Erfinderwahn, Abstammungswahn, religiöser Größenwahn, eine besonders liebevolle Berücksichtigung erfahren und zweifellos bei der Frage nach dem Wesen der Erkrankung eine vorwiegende Bedeutung erlangen. Auf der anderen Seite verschwindet der Querulantenwahn, der allenthalben sonst als der eigentliche Vertreter der Paranoia, als ihr Modell, als die Paranoia chronica simplex angesehen wird und früher auch für Kraepelins Paranoiaauffassung wesentlich war, aus dem Rahmen der Begriffsumgrenzung, um in der Gruppe der psychogenen Erkrankungen aufzutauchen. Während beim Querulantenwahn die Wahnbildung sich an einen bestimmten äußeren Anlaß anknüpfe, handele es sich bei der Paranoia „um die aus inneren Ursachen erfolgende, schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems ....., das mit vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln einhergeht." Der Einflüsse, die für diese Auffassung Kraepelins von Bedeutung wurden, werden wir in späteren Zusammenhängen noch zu gedenken haben.

Nach Kraepelins jetziger Darstellung läßt das Krankheitsbild weite Gebiete des Seelenlebens ganz oder nahezu unberührt. Wahrnehmung und Auffassung sind ebenso ungestört wie Merkfähigkeit und Gedächtnis, so weit nicht die unmittelbaren Einflüsse des Wahns in Frage kommen. Eigentliche Sinnestäuschungen fehlen; höchstens kommt es zu visionären Erlebnissen oder „übernatürlichen Erfahrungen" von der Art psychogener Störungen. Eine große Rolle spielen Erinnerungsfälschungen, bald in der Art von Umwertungen wirklicher Erlebnisse, bald als eigentliche Trugerinnerungen („Halluzinationen der Erinnerung"), deren Entstehung und Ausbreitung sich mitunter verfolgen läßt. Trugerinnerungen täuschen wohl vereinzelt ein sehr frühes Einsetzen der Paranoia vor. Von weitaus größter Bedeutung sind die wahnbildenden Vorgänge, voran der Beziehungswahn, die vorurteilsvolle Deutung von Handlungen anderer und Vorkommnissen im Hinblick auf das eigene Wohl und Wehe. Auch abergläubische Gedanken gewinnen gelegentlich Einfluß. Wahnhafte Deutungen können bisweilen zu eigentümlichen Personenverkennungen führen, so daß Verfolger oder Geliebte unter den verschiedensten Masken erscheinen. Wachträumereien lockender wie unheimlicher Art, die für den Gesunden immer Gedankenspiele bleiben, werden für den Paranoiker gegebenenfalls der zuverlässige Ausdruck der Wirklichkeit und beeinflussen dann maßgebend sein Handeln. Das Denken des Kranken trägt also auf der einen Seite ein krankhaft persönliches Gepräge, auf der anderen fehlt ihm die Fähigkeit, die Erzeugnisse seiner Einbildungskraft mit dem Maßstabe nüchterner Erfahrung zu messen. Das Ergebnis dieser Störungen, der paranoische Wahn, der sich als Größen- und als Beeinträchtigungs-

wahn auswirken kann, pflegt ganz langsam, binnen vieler Jahre zu reifen. „Zunächst hält er sich im Rahmen mißtrauischer Vermutungen, hochmütiger Selbstüberschätzung, geheimer Hoffnungen, die aber aus der vorurteilsvollen Verwertung der Lebenserfahrungen immer neue Nahrung ziehen und sich mehr und mehr befestigen. Gelegentlich, unter dem Einflusse besonderer Lebenslagen oder innerer Zustände, scheint es zu mehr schubähnlichem Fortschreiten des Wahns zu kommen, wenn nicht die Schilderungen der Kranken über solche Vorkommnisse nachträglich durch Erinnerungsfälschungen gefärbt sind. Bei irgend einem Anlasse fällt es ihnen wie Schuppen von den Augen; Erleuchtungen enthüllen ihnen Gegenwart und Zukunft. Zu anderen Zeiten kann die Wahnbildung anscheinend viele Jahre lang still stehen; die gleichen Vorstellungen werden, höchstens durch einige Erinnerungsfälschungen ausgeschmückt, in unveränderter Weise vorgebracht, ohne durch neue wahnhafte Erlebnisse bereichert zu werden."

„Der Wahn der Paranoiker ist regelmäßig ‚systematisiert', geistig verarbeitet und einheitlich zusammenhängend, ohne gröbere innere Widersprüche." „Unklarheiten und Widersprüche werden durch ausgleichende Gedankenarbeit nach Möglichkeit beseitigt", so daß eine zwar egozentrisch verzerrte, aber doch nicht grob widerspruchsvolle eigenartige „Weltanschauung" gewonnen wird. Der Wahn wird durch die allseitige innerliche Verarbeitung zu einem „Bestandteil der geistigen Persönlichkeit" und damit unerschütterlich.

Die Stimmung entspricht durchgängig den Wahninhalten, ist also sehr verschieden, für gewöhnlich vielfach gar nicht auffallend. Stärkere Stimmungsschwankungen gehören nicht zum Krankheitsbild. Daß jedoch gemütliche Spannungen bei der Entstehung des Wahns eine erhebliche Rolle spielen, darauf läßt die Übereinstimmung seines Inhalts mit den Befürchtungen, Wünschen und Hoffnungen schließen, die auch beim Gesunden aus dem Gefühle der Unsicherheit und dem Glücksstreben erwachsen.

Das Gesamtverhalten ist vielfach nicht grob auffällig, wenn auch im Zusammenhang mit dem Wahn die verschiedensten Eigentümlichkeiten zutage treten können. Aus dem Wahn begreifliche, Aufsehen erregende Handlungen, meist harmloser Natur, führen, gewöhnlich erst sehr spät, die Kranken psychiatrischer Behandlung zu. Gröbere körperliche Störungen fehlen; doch werden manchmal hypochondrische Beschwerden geäußert.

Den Beginn des Leidens bilden vielfach Ahnungen, Vermutungen, die bisweilen schon Größen- und Beeinträchtigungsideen nebeneinander erkennen lassen. Der letzte entscheidende Anstoß für die Wahnbildung ist nicht selten ein an sich ganz unbedeutender Vorgang, der plötzlich dem Kranken alle Zweifel nimmt. Die weitere Entwicklung ist meist eine langsame bis zu einem Zeitpunkt, an dem wohl noch in Einzelheiten, doch nicht mehr an den Grundzügen des Wahns Änderungen eintreten. Dann versiegt allmählich die Quelle der Wahnbildung; langsam läßt die gemütliche Betonung nach. Hält der Kranke auch an den Wahnideen fest, so verlieren sie doch mehr und mehr ihren Einfluß auf sein Handeln. Der Kranke fügt sich in sein Schicksal. Zu einem eigentlichen Schwachsinn kommt es nicht. „Die Entwicklung der paranoischen Persönlichkeit ist lediglich ein krankhaft verzerrtes Abbild der allgemeinen Wandlungen, die menschliches Denken und Streben im Laufe des Lebens zu erfahren pflegen."

Eingehender beschrieben werden von Kraepelin die Formen des Verfolgungs- und des Eifersuchtswahns, die wahnhaften Erfinder, der Wahn hoher Abstammung, die Propheten und Heiligen, endlich die erotische Verrücktheit.

Die Häufigkeit der Paranoia erreicht lange nicht 1% der Aufnahmen. Bis zur Aufnahme lebt die Hälfte der Kranken mehr als 9 Jahre in der Freiheit. Vorwiegend erscheint das männliche Geschlecht betroffen; nur beim erotischen und Verfolgungswahn sind die Frauen stärker vertreten. Der Beginn der Erkrankung fällt überwiegend jenseits des 30. Jahres. Außerordentlich häufig werden Eigentümlichkeiten berichtet, die auf eine psychopathische Veranlagung schließen lassen, wenn auch von einer Einheitlichkeit der Befunde nicht die Rede sein kann. Die Paranoia erscheint so als eine Ausdrucksform der Entartung, wobei nur oder doch ganz vorwiegend innere Ursachen maßgebend sind; und zwar ist anzunehmen, daß wir es bei ihrem Zustandekommen mit der „folgerichtigen Entwicklung einer abnorm veranlagten Persönlichkeit" zu tun haben. Wilmanns, dessen Gedanken hier wohl von Einfluß sind, spricht von einer „Verirrung der Entwicklung bestimmter Degenerationsformen" oder der „Mißentwicklung einer krankhaften Veranlagung". Die Wahnbildungen, von Fall zu Fall wechselnd, erscheinen „als der krankhaft umgeformte Ausdruck der natürlichen Regungen des menschlichen Herzens". „Die unvollkommene Ausrüstung für die Überwindung der Lebensschwierigkeiten und der aus ihr sich entwickelnde Gegensatz zur Umgebung" ist vielleicht eine wesentliche Grundlage für den Verfolgungswahn. Da dieses Mißverhältnis dauernd fortbesteht, würde sich auch die Unheilbarkeit erklären. Doch muß, damit es zur Krankheit kommen kann, zu der Unzulänglichkeit noch ein gesteigertes Selbstgefühl treten, das auch die Häufigkeit des Größenwahns neben dem Verfolgungswahn verstehen lassen würde. Führt auf der einen Seite der leidenschaftliche Kampf um die Selbstbehauptung bei dem Verfolgten zum Größenwahn, so auf der anderen die Verdrängung der niederdrückenden Erfahrungen des Lebenskampfes, das Versinken in einer freundlicheren Scheinwelt, die kein Mißgeschick zu zerstören vermag. Auch die Erscheinungsformen des Größenwahns wechseln möglicherweise je nach der Entstehungsgeschichte. Erklärt wird durch diesen Gedanken wohl die Entstehung des Wahns, nicht aber die besondere paranoische Gestaltung, der wahrscheinlich noch ein unentwickeltes Denken bei dem Kranken entgegen kommen muß. Hier haben wir es wohl mit „teilweisen Entwicklungshemmungen" zu tun, „die gewisse ursprüngliche Denkgewohnheiten dauernd fortbestehen lassen" (Neigung zum Wachträumen, zu egozentrischer Lebensauffassung und zu urteilsloser Hingabe an auftauchende Ideen). Da ein hinreichender Anhaltspunkt für das Walten eines zerstörend oder verzerrend eingreifenden Krankheitsvorganges nicht gegeben ist, handelt es sich bei der Paranoia vielleicht „um die natürlichen Umwandlungen, denen eine psychische Mißbildung unter dem Einflusse der Lebensreize unterliegt".

Wie erwähnt, glaubt Kraepelin den Querulantenwahn von der Paranoia abtrennen zu müssen, weil sich bei ihm die Wahnbildung an einen bestimmten äußeren Anlaß anschließt, also nicht aus ausschließlich inneren Ursachen erwächst, damit aber in den Bereich der psychogenen Störungen hineinrückt. Jedoch betont Kraepelin auf der anderen Seite, daß dieser Verschiebung nur eine verhältnismäßig untergeordnete Bedeutung zukomme, insofern, als einer-

seits bei der Paranoia bestimmte Lebenserfahrungen einen maßgebenden Einfluß auf die Gestaltung des Wahnsystems gewinnen können, andererseits unter den Voraussetzungen des Querulantenwahns eine eigenartige Veranlagung eine wesentliche Rolle spiele. „Die Unterschiede in der Entstehungsgeschichte des Querulantenwahns und der Paranoia laufen somit nur auf eine gewisse Verschiebung des Verhältnisses zwischen äußeren psychogenen Einflüssen und inneren Krankheitsursachen hinaus."

Auch hinsichtlich des unerbittlichen Fortschreitens der Wahnbildung macht Kraepelin unter dem Einfluß vor allem der Beobachtungen von Friedmann und eigener Erfahrungen an gewissen eigenartigen paranoiden Psychopathentypen wesentliche Zugeständnisse. Zwar meint er, daß Wahnbildungen, die regelmäßig an einen greifbaren Anlaß anschließen, wie die von Friedmann beschriebenen, durchaus von der schleichenden Entwicklung der Paranoia zu unterscheiden seien. „Es wird aber zuzugeben sein, daß es hier Übergänge geben kann, je nachdem der persönlichen Eigenart einerseits, dem äußeren Anstoße andererseits eine größere oder geringere Rolle in der Entstehungsgeschichte der Krankheitserscheinungen zukommt. Die Paranoia und die psychogene Wahnbildung darf man sich vielleicht als die Endglieder einer Kette vorstellen, in der alle möglichen Zwischenglieder vertreten sind." Grundsätzlich sei also nichts gegen das Vorkommen „milder" Paranoiaformen einzuwenden. Man müsse bei den in Frage kommenden Kranken an eine dauernde „latente" Paranoia denken, die gelegentlich bei besonderen Anlässen immer wieder zur Wahnbildung führen könne, ohne doch die fortschreitende Verrückung mit sich zu bringen*).

---

*) In Frankreich gab schon Esquirol (1838) gute Schilderungen paranoischer Zustände unter der Bezeichnung „monomanie intellectuelle". Auch unter seinen „lypémaniaques" finden sich offenbar gut beobachtete Querulanten und Paranoische. 1852 beschrieb Lasègue das „délire de persécution", dem offenbar, ähnlich wie Falrets Schilderungen der Wahnentwicklung, im wesentlichen paraphrene, aber auch paranoide schizophrene Erkrankungen zugrunde lagen. Solche Erkrankungen sind wohl auch hauptsächlich in Morels Aufstellung der „folie hypochondriaque" gemeint. Unter den „folies héréditaires", die gleichfalls auf Morel zurückführen, scheinen sich als „maniaques raisonnants" auch Paranoische und Querulanten zu finden. Morels Lehren wurden von Magnan aufgenommen, dessen „délire chronique à évolution systématique" wiederum im wesentlichen paraphrene Erkrankungen umfaßt, während in der Gruppe der „héréditaires dégénérés" die „persécutés persécuteurs", die zum Teil den Querulanten entsprechen, und das nahe verwandte „délire systématisé chez les dégénérés" erscheinen. Verfallen dem „délire chronique" bisher Geistesgesunde, so sind die Kranken der anderen Gruppe von jeher abnorme, erblich belastete Menschen. Den Schilderungen nach haben dieser letzteren Gruppe recht verschiedene Störungen, so hysterische, auch periodische, daneben aber auch paranoische Modell gestanden. Die neuesten Lehren in Frankreich zeigen zum Teil eine weitgehende Ähnlichkeit mit denen Kraepelins. So trennen Sérieux und Capgras das „délire d'interprétation", das bis in viele Einzelheiten hinein den modernen deutschen Paranoiaauffassungen entspricht, von dem „délire de révendication", unserem Querulantenwahn, ab, allerdings im Gegensatz zu anderen neueren französischen Autoren. Dazu tritt noch das „délire d'imagination" (Dupré), bei dem ausschließlich Phantasievorstellungen und Erinnerungsfälschungen zur Wahnbildung führen sollen.

Es soll hier angemerkt werden, daß in Deutschland vor allem Schuele ähnliche Unterscheidungen vornahm wie Magnan, und daß er bei den Psychosen auf Grundlage defekter organo-psychischer Anlage, Querulantenwahn und originärer Verrücktheit, schon weitgehend die Bedeutung der ursprünglichen Persönlichkeit für die Entwicklung der Krankheit heranzog.

Die Paranoiafrage.

Aus der unentwirrbaren Fülle von Krankheitsformen, die noch vor wenigen Jahrzehnten im Rahmen der Paranoia vereinigt wurden, hat Kraepelins klinische Forscherarbeit, freilich nicht unbeeinflußt durch alle möglichen Fragen und Anregungen von anderer Seite, alle jene Gestaltungen besonnener Wahnbildung ausgeschieden, die Ausdruck erkennbarer Krankheitsvorgänge sind und die überhaupt wesentlich von äußeren Einflüssen mitbestimmt werden, um eine kleine Gruppe von Beobachtungen übrig zu behalten, die er ausschließlich auf innere Ursachen, auf die Anlage, zurückführt und als den Ausdruck der natürlichen Umwandlungen betrachtet, denen eine (bestimmte) psychische Mißbildung unter dem Einfluß der (alltäglichen) Lebensreize unterliegt.

Als vorläufig heraushebbare Kennzeichen dieser Veranlagung nennt er das erhöhte Selbstgefühl, das zu hochfliegenden Plänen wie zu gesteigerter Empfindlichkeit gegenüber den Widerständen des Daseinskampfes führe, ferner starke Gefühlserregbarkeit und endlich gewisse Unzulänglichkeiten der Verstandesarbeit.

In klinischer Hinsicht seien diese Beobachtungen gekennzeichnet durch die schleichende Entwicklung eines dauernden, unerschütterlichen Wahnsystems bei vollkommener Erhaltung der Klarheit und Ordnung im Denken, Wollen und Handeln.

Im Gegensatz zu den psychogenen Wahnbildungen, zu denen er auch den Querulantenwahn rechnet, läßt Kraepelin für die Paranoiaentwicklung ausschließlich oder doch ganz vorwiegend in der Persönlichkeit gelegene innere Ursachen maßgebend sein. Rein psychogene Wahnbildungen und Paranoia seien aber durch alle erdenklichen Zwischenglieder miteinander verbunden, so daß die Abtrennung nur eine untergeordnete Bedeutung habe. Auch milde heilbare Paranoiaformen hält Kraepelin für mit seiner Auffassung vereinbar.

Findet sich auch nirgends ein ausdrücklicher Vermerk, so ist doch anzunehmen, daß Kraepelin in der Veranlagung zur Paranoia einen einheitlichen Kern vermutet.

Von diesen Aufstellungen ist keine einzige unangefochten geblieben und der Widerstreit der Meinungen ist auch heute noch so groß, daß nicht die Paranoia als wohl gekennzeichnetes und einigermaßen umschriebenes Krankheitsbild, sondern nur die Paranoiafrage behandelt werden kann, wenn ein Überblick über den gegenwärtigen Stand der Forschungen gegeben werden soll.

I. Es sind auch heute noch Zweifel darüber vorhanden, ob es nach der Ausscheidung des Querulantenwahns Krankheitsgestaltungen gibt, die dem von Kraepelin gezeichneten Bilde entsprechen.

II. Es wird das Vorkommen der Paranoia als eines symptomatischen und Verlaufsbildes zugegeben. Doch wird ihr keine selbständige Bedeutung zuerkannt. Vielmehr besteht die Neigung, sie als eine besondere Ausdrucksform dieser oder jener anderen Erkrankung aufzufassen.

III. Man erkennt paranoische Erkrankungen als Ausdruck der Entartung an. Ein greifbarer Unterschied zwischen den Formen psychogener Wahnbildung und der Paranoia, zwischen Selbstentwicklung und Reaktiventwicklung, zwischen milden heilbaren und chronisch-progressiven paranoischen Erkrankungen wird jedoch nicht zugestanden.

IV. Es wird behauptet: Die Paranoia in der Umgrenzung Kraepelins ist nichts Einheitliches. Es gibt keine Paranoia, sondern nur Paranoiker. Nicht einmal ein einheitlicher Kern ist anzunehmen. Jeder einzelne Fall von Paranoia erwächst aus einer Vielheit der verschiedensten Ursachen, von denen besonders dem Charakter der Erkrankenden im Zusammenwirken mit den Erlebnissen eine entscheidende und gestaltende Bedeutung zukommt, während andere Faktoren zwar notwendig, aber auswechselbar sind.

I. Kasuistik der Paranoia.

v. Hoesslin fand unter 1200 paranoiden Anstaltsfällen nicht einen, der dem Bilde der Paranoia Kraepelins entsprochen hätte. Die kritische Einstellung, die er im Jahre 1913 einnahm, wird auch heute noch von vielen Anstaltspsychiatern geteilt, wenn man sie auch meist nur gesprächsweise hört. In der Tat sind die kasuistischen Mitteilungen im Vergleich zu der ganz gewaltigen Paranoialiteratur immer noch sehr dürftige. Schnizers Literaturbericht von 1914 enthält Angaben lediglich über die Beobachtungen Bleulers und H. W. Maiers, die er für die Paranoia in Anspruch nehmen kann. Der Annahme H. Schneiders, daß der von ihm nachuntersuchte Fall K. Kraepelins der Dementia praecox zugehöre, wird man nichts Überzeugendes entgegenhalten können. Auch der nächste von Gutsch dargestellte paranoische Kranke Kraepelins, der himmlische Hochzeitsmahlgeber, ist dem Schicksal verfallen, von Ewald für einen Schizophrenen gehalten zu werden. Wie ich mich gelegentlich einer ausführlichen Besprechung vor wenigen Jahren überzeugen konnte, fehlen diesem Kranken aber alle Kennzeichen eines schizophrenen Defektes. Eine sichere Einordnung der beiden ersten Beobachtungen von Jaspers halte ich nach wie vor für unmöglich.

Mittlerweile ist die Zahl der mitgeteilten Krankengeschichten aber doch angewachsen. Zu vereinzelten älteren Fällen (Weber bzw. Fontheim, Sérieux und Capgras, Legrain, Krafft-Ebing, Werner, Többen), die mit einiger Wahrscheinlichkeit hierher gerechnet werden können, treten in den letzten acht Jahren solche von Wigert, einige neue Beobachtungen von Bleuler, ein paar andere von Kretschmer, Bumke, Westerterp, Lange. Ein bestimmtes Urteil darüber, ob der eine oder andere Kranke Geiers hierher gehört, lassen die leider zu kurz gehaltenen Krankengeschichten nicht zu. Von Ewalds neuerdings beschriebenen Kranken möchte ich jedoch keinen als einen reinen Paranoiker bezeichnen, wenngleich zuzugeben ist, daß diese seine manisch-depressiven Probanden zum Teil recht nahe an das Paranoiagebiet heranrücken, wie später auszuführen sein wird. Unerreicht ist immer noch Gaupps Darstellung der Persönlichkeitsentwicklung des Hauptlehrers Wagner, die von jedem, der sich mit der Paranoiafrage befaßt, eingehend studiert werden sollte.

Wenn die Ausbeute eine so spärliche ist, so liegt dies wohl hauptsächlich an dem Umstand, daß die Hauptmasse der Paranoischen nie in psychiatrische Beobachtung kommt. Wir haben sie draußen im Leben, in religiösen Sekten, in Vereinen, die absonderliche Ziele verfolgen, in stillen Werkstätten, einsamen Junggesellen- und Altjungfernwinkeln zu suchen. Mancher wird sich des einen oder anderen Lehrers erinnern, den er nachträglich als Paranoiker betrachten

möchte. Der unten erwähnte Seminarlehrer Glas ist mir schon in der Kindheit bekannt geworden; aber erst eine zufällige Verkettung von Umständen gab mir Einblick in sein Schicksal.

Immerhin scheinen doch auch die Klinikfälle nicht ganz selten zu sein. Ich möchte es mir nicht versagen, die beiden folgenden Beobachtungen aus den letzten Jahren mitzuteilen, von denen die eine bezeichnenderweise aus einer internen Abteilung stammt. Sie werden durch Steger noch ausführlich veröffentlicht werden. Um einen Überblick über die Gestaltungsfülle paranoischer Erkrankungen zu geben, sollen dann noch ein paar gedrängte Berichte beigefügt werden.

Offner M., geb. 1887, ledige Beamtin. Erste Aufnahme: September 1924.

Mutter in einer arteriosklerotischen, melancholisch gefärbten Geistesstörung gestorben. Bruder gutmütiger Polterer, in der Jugend etwas leicht. Patientin immer sehr schüchtern, ängstlich, gewissenhaft; sehr empfindlich, vor allem hinsichtlich ihrer Ehre. Konnte sich nie recht aussprechen, mußte alles in sich verarbeiten, verwand schwer. Religiös erzogen und sehr fromm. Streng kirchlich. Ließ sich ausschließlich vom Beichtvater leiten. Sehr früh im 3. Orden. Übertrieben mitleidig, gab sie alles her. Scheu vor sexuellen Dingen, besonders nach einem Angriff, dem sie im 12. Lebensjahr ausgesetzt war. Sprach nie darüber. Dennoch der Ehe nicht abgeneigt. Mied nur alle verfänglichen Gelegenheiten, war sehr prüde im äußeren Verhalten. Auf ihre ethische, religiös strenge Einstellung und ihre gutbürgerliche ehrbare Herkunft tat sie sich immer etwas zugute. In dieser Hinsicht sogar starke Selbstüberzeugung. Ernst; konnte aber heiter sein, war gerne in Gesellschaft. Im allgemeinen aber eng an das Elternhaus gebunden. Erzog des Bruders Kind, an dem sie sehr hing, um es nach einem Zwist mit der Schwägerin von sich zu geben. Litt unter der Trennung sehr; doch ging ihr die Selbstachtung allem anderen vor. Volksschulbildung; gut gelernt. Zwei Stellen als Verkäuferin von je 7 Jahren Dauer. Fühlte sich aus der letzten Stelle durch eine auf ihre Vermittlung hin angenommene Kollegin verdrängt, schlecht behandelt (damals wohl paranoid). Zugleich zunehmende Kropfbeschwerden, Erschöpfung, nervöse Erscheinungen, reaktive Verstimmung. Kropfoperation; anschließend Sanatorium. Hier verliebt sich ein Mann in sie. Sie hat mit dem Schwerkranken Mitleid, gibt seinem Drängen vorwiegend aus Mitleid nach. Es kommt zu Küssen, Berührungen. Das kann sie sich nachträglich nie verzeihen. — Nun Anstellung als Beamtin in einem großen Betrieb. Avanciert regelmäßig, ist geschätzt, beliebt. Leidet selbst sehr stark unter dem freien Ton der Kollegen. 1922 Tod des Vaters. Nun heimatlos, verlassen. Gibt sich ganz der Führung des Beichtvaters hin, der ihr anbefiehlt, in ein von einem religiösen Orden geleitetes Heim zu ziehen. Hier schwere Erschütterung durch alle möglichen häßlichen Enthüllungen über die Geistlichkeit. Kommt in der zunehmenden Inflation nicht den ziemlich rücksichtslosen Forderungen der Heimleitung mit ihrem Einkommen nach. Bleibt bei möglichster Einschränkung aller Bedürfnisse auf ausdrücklichen Wunsch des Beichtvaters, der sie häufig aufsucht. Nach einem solchen Besuch wird sie von der Oberin des Heims, die den gleichen Beichtvater hat, zur Rede gestellt: Was sie diesem denn immer vorsetze? Er habe ja immer ganz rote Ohren, wenn er von ihr komme. Patientin merkt die Eifersucht der Oberin, wird sich wohl auch der eigenen Verliebtheit bewußt. Ist tief getroffen. Der Beichtvater benimmt sich tatsächlich sonderbar, als sie einmal mit ihm allein ist. Er wird bald darauf, wenn auch nicht ihretwegen, strafversetzt. Sie zieht unter häßlichen Szenen aus dem Heim aus; man stellt alle möglichen Nachforderungen an sie, schimpft wohl tatsächlich über sie. Nun ist sie völlig verlassen; ihr Glaube an die Geistlichkeit erschüttert, ebenso an die Ordensschwestern, an alle kirchlich gesinnten Menschen. Sie fühlt sich schief angesehen, merkt, daß man im 3. Orden das Verhalten gegen sie ändert. Man fragt sie aus, stellt ihr Fallen, legt ihr wiederholt Geld hin, um sie auszuprobieren. Ein Mädchen gibt ihr eine offensichtlich gestohlene Bluse zum Abändern. Bei einem Spiel im Kollegenkreis wird sie von einem Mitarbeiter, wohl zufällig, „unsittlich berührt". Um die gleiche Zeit anstrengende Prüfungsvorbereitung, Nahrungsmangel, zunehmende

Erschöpfung, Ängstlichkeit. Jetzt ist rasch der Wahn fertig. Man will sie aus dem Orden drängen, sie unmöglich machen, ihr Unrecht nachweisen, sie gar ins Gefängnis bringen. Allenthalben sieht sie Feindschaft, Haß, Gefahren. Sie betet um Hilfe eine ganze Nacht lang und erscheint so ängstlich, daß sie von einer Freundin nach dem Krankenhaus gebracht wird.

Hier ängstlich, gespannt. Doch klar, besonnen. Gewinnt rasch Vertrauen, berichtet völlig geordnet. Hält an allen Beobachtungen unerschütterlich fest. Da sie von der Oberin und dem Beichtvater zu viel wußte, zu viel Einblick in die Schlechtigkeit religiöser Kreise gewonnen hatte, wollte man sie dort unmöglich machen. Daß die Gefängnisangst unsinnig war, sieht sie rasch ein. Sonst korrigiert sie nichts. Sie wankt im Kirchenglauben, sucht sich umzustellen. Sieht erschüttert, wie viel Schönes, besonders wieviel Aussichten auf Ehe, Mutterglück usw. durch ihre kirchliche, die Prüderie fördernde Einstellung verloren gegangen sind. Geht lange nicht mehr zum Beichten. Doch gelingt ihr die Ablösung nicht. Sie gibt ihre Versuche resigniert auf. Sie hat wohl das Vertrauen zu den Menschen verloren, aber ihr Gottesglaube ist doch ihr Höchstes. Vom 3. Orden will sie sich fernhalten, sonst aber ihr Glück noch einmal versuchen. Vielleicht kommt sie doch noch zur Ehe. Nach einigen Monaten kann sie, ruhig, ziemlich zuversichtlich, entlassen werden. Im Krankenhaus zeigt sie sich als ein feines, hilfsbereites, gütiges, weiches Wesen von großer Anhänglichkeit und mimosenhafter Feinfühligkeit. Man muß sie mit dem allergrößten Zartgefühl behandeln, was sie ihrer Umgebung allerdings nicht schwer macht. Viele haben sie lieb.

Sie findet Unterkunft bei ihrer besten Freundin in einem recht ungeordneten Haushalt. In den folgenden Wochen hat sie vieles (vollkommen glaubhaft) erlebt, was ihr Zartgefühl in schwerster Weise verletzte. Aus Bemerkungen entnahm sie, daß die Freundin, der sie vertraut hatte, anderen Dinge mitgeteilt haben mußte, die nur sie kannte. Alle wußten um ihre Krankheit Bescheid, behandelten sie zurückhaltender und so betont rücksichtsvoll, daß Patientin unsicher wurde. Etwas war mit dem Bruder der Freundin los. Man wollte ihn ihr aufdrängen. Oder nahm man an, daß sie ihn haben wollte? Als sie ihre Stelle wieder antrat, wußte auch dort jeder Bescheid. Sie litt schwer darunter, konnte sich nur mit Mühe in die Arbeit finden. Sie empfand allenthalben Schwierigkeiten. Bekam nicht den Posten, den sie sich erwünscht hatte, und merkte nun, daß man sie auch hier entfernen wolle. Sie konnte sich denken weshalb. Die Freundin und ein Vorgesetzter hatten ein Verhältnis miteinander (wohl nicht zu bezweifeln). Patientin wußte genau darum. Man fürchtete Entdeckung, um so mehr, als Patientin ja durch die Redereien über ihre Krankheit verärgert sein mußte. Darum mußte man sie entfernen. Die Aufnahme in der Familie der Freundin war nur ein Schein. Viele sind im Komplott. Es ist niemand mehr da aus dem alten Kreis, dem sie noch eine Spur von Vertrauen schenken kann. So sucht sie von neuem Hilfe im Krankenhaus.

Alle diese Zusammenhänge stehen der Patientin unausrottbar fest. So gut man sie von seiten des Amtes behandelt, zum Teil sicher auf die Fürsorge der Freundin hin, es ist alles nur Schein. Sie nennt tausend Belege. Man will sie nur fort haben. Drum gibt man ihr auch eine hohe Pension, zahlt eigens die Krankenhauskosten. Jede Begründung ist wohl durchdacht.

Patientin sucht sich mit ihrem Schicksal abzufinden. Sie ist es sich selbst schuldig, durchzuhalten. Es ist ihr um so schwerer, als sie von neuem erschreckend deutlich die versäumten Möglichkeiten sieht, selbst empfindet, wie vor allem ihre Prüderie sie um ein Glück betrogen hat, das sie tief ersehnt. Und doch kann sie sich das Erlebnis aus dem Sanatorium nicht verzeihen. Tausend Dinge, die ihr im Laufe der folgenden Monate begegnen, legt sie im Sinne ihres Wahns aus. In langen Gesprächen lassen sich nur Einzelheiten korrigieren. Sie ist sehr empfindlich. Auch die geliebten Krankenschwestern meinen es nicht gut mit ihr. Die Oberin läßt sich verleugnen usw. Hier gehen Fäden zu dem ehemaligen Heim. Es hängt alles zusammen. — Nach außen hin zeigt Patientin das lebhafteste Bemühen, ihre Haltung zu wahren. Sie arbeitet auf einem vermittelten Platz unendlich fleißig und gewissenhaft, doch langsam und ängstlich. Allenthalben hat sie tatsächliche Enttäuschungen, mit denen sie tapfer kämpft. Vielfach ist sie verstimmt, doch immer reaktiv, bei Vorkommnissen, die objektiv nicht gerade belanglos, dennoch von ihr im Sinne ihrer Gesamthaltung übertrieben und wahnhaft gedeutet sind.

Nach Monaten wurde sie entlassen, hatte vorübergehend eine Stelle, in der sie es so lange aushielt, als nur irgendein anderer es ausgehalten haben würde. Lebt jetzt still für sich, die alte Persönlichkeit, nur in einer völlig abgeänderten Stellung zu ihren Mitmenschen.

Körperlich bestanden bis auf eine immer noch große Struma keine Besonderheiten. Die Menses waren regelmäßig.

Zusammenfassung.

Ein 37jähriges sensitives Mädchen, das schon Jahre zuvor allem Anschein nach eine kurze paranoide Reaktion durchgemacht hatte, erkrankt unter dem Einfluß einer schweren Erschütterung ihrer vertrauensvollen Einstellung zu ihrem Beichtvater und anderen berufenen Trägern religiöser Gesinnung an einem besonnenen Verfolgungswahn, in dem gerade die bisher am meisten verehrten Persönlichkeiten als Verfolger auftreten. Den Hintergrund der Entwicklung bildet ein altes sexuelles Schuldgefühl und das dunkle Bewußtsein aufkeimender erotischer Beziehungen zwischen dem Beichtvater und ihr selbst, letztlich aber die Kluft zwischen lebhaften erotischen Wünschen und der jede erotische Regung im Keim erstickenden religiös-ethischen Grundeinstellung. Aus dem anfänglich auch die letzten Grundlagen ihres seelischen Seins erschütternden Wahnerleben rettet die Patientin als größtes Gut ihre religiöse Einstellung, während eine Verrückung des Standpunktes zu ihren Mitmenschen bestehen bleibt, die im weiteren Verlauf auch Opfer unter den besten Freunden fordert. Die Kranke empfindet ihre veränderte Stellung zur Umwelt selbst sehr lebhaft. Es wird immer weiter im Sinne der Wahnverrückung erlebt.

Die Wahnbildung ist eine rein kombinatorische. Eigentliche Erinnerungsfälschungen sind nicht nachweisbar. — Es bleibt ausschließlich bei falschen Eigenbeziehungen. Nur ganz vorübergehend unter dem Einfluß großer Angst in einem Zustand schwerer Erschöpfung kommt es zu vereinzelten Wahnideen wirklichkeitsfernen Inhalts. Es ist bemerkenswert, daß die Wahnbildung überhaupt nach einer Periode anstrengendster Tätigkeit und mangelnder Nahrungsaufnahme zum Ausbruch kommt. — Biotonische Schwankungen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins lassen sich ausschließen. Auch im weiteren Verlauf kommt es nicht zu autochthonen Stimmungsschwankungen.

M. Quast, geb. 17. Juni 1864, Erzieherin.

Erblichkeit: Mutter lebenslustig, ruhig, gutmütig, hilfsbereit. Vater zurückgezogen, weich. In der weiteren Verwandtschaft keine Anhaltspunkte für Belastung.

Vorgeschichte: Die Kranke ist als illegitimes Kind der Stadtkirchnerstochter einer kleinen Stadt geboren. Man munkelte damals allgemein, daß ein in der Stadt als lebensfroher, freundlicher Herr bekannter Graf der Vater sei. Zur Vaterschaft bekannte sich aber ein Kaufmann, der bald nach der Geburt des Kindes von dort verzog. Das von den Lehrern und der Familie als aufgeweckt geschilderte Mädchen litt schon als Kind sehr unter ihrer unehelichen Geburt und schon deswegen ergriff sie gerne die Gelegenheit, zu Verwandten nach England zu gehen, wo sie die Ausbildung als Erzieherin genießen konnte. Nach Abschluß dieser Ausbildung war sie lange Jahre in Pariser und Londoner sehr angesehenen Familien als Erzieherin tätig und kann lauter ausgezeichnete Zeugnisse vorweisen. Sie selbst war damals mit diesem Leben zufrieden und zeigte keine Lust zu heiraten, obwohl ihr, wie sie angibt, Gelegenheit dazu gegeben war. Bei ihren Urlaubsbesuchen in der Heimatstadt, den einzigen Gelegenheiten, über die aus der damaligen Zeit Objektives zu erfahren ist, fiel sie durch ihr etwas geziertes Betragen und Überspanntheiten, die besonders durch die moderne Pariser Kleidung betont wurden, auf. Doch war sie beliebt, und auch mit ihren früheren Bekannten, meist ganz einfachen Leuten,

freundschaftlich und zuvorkommend. Allerdings liebte sie es, im Mittelpunkt zu stehen, und freute sich darüber, wenn sie in der Kleinstadt durch ihr Auftreten Aufsehen erregen konnte.

1909, in ihrem 45. Lebensjahr, bekam die Kranke Lungenspitzenkatarrh, den sie in einem deutschen Sanatorium auf eigene Kosten behandeln ließ. Sie ging nachher wieder in ihre alte Stelle nach Paris zurück und verließ diese erst kurz vor Ausbruch des Krieges. Im Jahre 1914, in ihrem 50. Lebensjahr, nachdem sie vom Ausland zurückgekehrt war, fiel sie ihren Verwandten, die sie nun erst für längere Zeit sahen, durch ein zunehmend reizbares, „exaltiertes" Wesen, sowie eine angebliche Überschätzung ihrer eigenen Persönlichkeit auf. Sie hatte anderen Leuten gegenüber ein geringschätziges, lehrhaftes Gebaren, Eigentümlichkeiten, die man wohl mit Recht zum Teil auf Rechnung ihrer langjährigen, erzieherischen Tätigkeit setzte; doch wird auch jetzt noch ihre große Hilfsbereitschaft und Gutmütigkeit betont. Seit der Menopause, die ohne erhebliche Beschwerden im 48. Jahr eingetreten war, hatte die Arbeitskraft zu ihrem Leidwesen bedeutend nachgelassen. Als nun durch den Krieg ihr auch noch das Ausland versperrt war, und sie in Deutschland keinen passenden Unterhalt finden konnte, brachte sie sich damit durch, daß sie in einem Lazarett ihrer Heimatstadt an Soldaten französische Stunden gab ohne damit ausreichend verdienen zu können. Von reichen Verwandten wurde sie, wenn auch wohl nicht ausreichend, unterstützt. Die ganze Lage hatte für sie etwas ungemein Drückendes.

Die erste von einem Teil der Verwandtschaft als wahnhaft empfundene Idee war die Behauptung, daß sie die Tochter des seinerzeit in der Stadt lebenden Grafen sei. Diese Behauptung wird von einem Onkel der Kranken als sehr möglich hingestellt und sogar mit Wahrscheinlichkeitsbeweisen belegt. Die Kranke selbst will die Kenntnis von ihrer Abstammung aber nicht von ihrer Umgebung, sondern von ihrer sterbenden Mutter haben. Fast gleichzeitig mit der Entstehung dieser Idee machte sie bei einem begüterten Verwandten Anspruch auf 100 Gulden, die ihr Großvater bei diesem für sie hinterlegt habe. Nun folgen sich sehr rasch vollkommen haltlose Geldansprüche immer an den gleichen Verwandten, die sich zu immer höheren Summen steigern. Ihr Vater, der Graf, habe ihr 10.000 Mark bei seinem Tode überwiesen. Ein Amtsrichter des Städtchens habe ihr 50.000 Mark vermacht, kurz darauf ein Oberamtsrichter 100.000, ein Dritter 150.000 usw. Es ist dabei bemerkenswert, daß ihre Wohnung unmittelbar neben dem Amtsgericht lag, und sie die Herren täglich ein- und ausgehen sah. Wie es zu diesen testamentarischen Vermächtnissen gekommen sei, erklärt sie auf folgende Weise: Der zuerst verstorbene Amtsrichter war in sie verliebt und beging Selbstmord, weil sie seine Werbung nicht beachtete. Tatsächlich hatte sie einen an sie gerichteten Brief, von dem sie nachträglich hörte, nicht bekommen, vermutlich weil er unterschlagen war. Die testamentarisch vermachten 50.000 Mark wurden dann reichen Verwandten ausgehändigt, mit der Maßgabe, daß sie das Geld erst erhalten solle, wenn sie verheiratet sei. Nun war sie eine gute Partie, um so mehr, als ja das Geld des gleichfalls in sie verliebten Oberamtsrichters hinzukam. Allerdings habe auch dieser eine jener des Amtsrichters entsprechende Bestimmung hinterlassen. Da der Verwandte das Geld in seiner Fabrik arbeiten ließ, hatte er alles Interesse daran, immer neue Kuppeleien zu veranstalten, jede Heirat aber unbedingt zu verhindern. Das gelang denn auch mit Hilfe eines gerissenen Notars, der schließlich selbst auf den Plan hineinfiel und dann angeblich Selbstmord beging, als er Furcht vor Entdeckung hatte. Ihre Kenntnis von diesen Vorgängen leitet sie von zufällig gehörten, an sich ziemlich indifferenten Reden wie: „er hat ihr nicht vergeben" oder „und dann soll sie drauf gehen" oder „sie haben sich ja schon so weit gegen sie vergangen", aus Briefen und Mienen, aus der Tatsache, daß Leute bei ihrem Dazwischenkommen plötzlich in ihrem Gespräch verstummt seien, und tausend anderen Kleinigkeiten her. An die genannten Persönlichkeiten, die von den Verwandten mit diesem Trick gefangen worden sind, schließen sich nun eine große Reihe, etwa gegen 20, weitere Männer, denen es ebenso ergangen sei. Das Vermögen, das die Verwandten dadurch inzwischen aufgespeichert hätten, sei in die Millionen gestiegen. Eigentliche Verfolgungsideen in Form von Vergiftungsideen stellten sich erst bedeutend später ein, zum ersten Male im Jahre 1918 bei der damals 56jährigen Kranken. Sie war inzwischen vollkommen verarmt, der Unterstützung der Verwandten verlustig gegangen und kränkelte körperlich immer etwas. Sie

glaubte damals, im Heim für beruftstätige Frauen, wo sie Unterschlupf gefunden hatte, daß ihre Seife vergiftet worden sei. Tatsächlich hatte sie zwei Tage lang die Stimme verloren. Die Verwandten hatten in ständiger Entdeckungsfurcht alles Interesse daran, sie aus der Welt zu schaffen. Sie zeigte die ganze Sache beim Staatsanwalt an, der auch eine Untersuchung, natürlich mit vollkommen negativem Erfolg, vornahm. Die nächste Vergiftung habe im Frühjahr 1919 — damals bestanden offenbar hysterische Gehstörungen — stattgefunden. Im Herbst 1919 die dritte Vergiftung, die hauptsächlich Magenbeschwerden im Gefolge hatte. Ein im Jahre 1918 wieder auftretender Lungenspitzenkatarrh mit Blutspucken, der nach 4 Monaten Sanatoriumsaufenthalt wieder ausheilte, wird nicht wahnhaft verwendet. Bis zur diesmaligen Aufnahme ins Krankenhaus am 8. Juli 1925 trat inhaltlich nichts Neues zum Wahn mehr hinzu; dagegen wird in bestimmten Zeitabständen immer wieder ein neuer betrogener Liebhaber fällig.

Es war nach dem Kriege der Kranken nicht mehr möglich, eine dauernde, einigermaßen gute Anstellung zu finden. Sie war zwar immer wieder beschäftigt, meist aber nicht als Erzieherin, sondern als Kinderfräulein. Dazwischen war sie 1919, 1920, 1922, 1923, 1924 jeweils viele Wochen im Krankenhaus und Sanatorium, wegen der Lungenerkrankung, wegen Schwindel, allgemeiner Schwäche usw. Im Juli 1925 läßt sich die Kranke in die psychiatrische Abteilung des Schwabinger Krankenhauses übernehmen mit dem Zweck, sich dort auf ihren Geisteszustand untersuchen zu lassen, um, wie sie angibt, dann gegen ihre sie des Irreseins verdächtigenden Verwandten vorgehen zu können.

Die Kranke sieht auffallend jung und frisch aus; sie versteht, sich gut zu kleiden, legt großen Wert auf ihr Äußeres, hält sich immer absolut damenhaft, frisiert sich gut, ist darauf aus, immer vor anderen Kranken ausgezeichnet zu werden. Mitkranken gegenüber ist sie in einer etwas herablassenden Art sehr hilfreich, sucht sich allerdings zum Verkehr fast ausschließlich wenig begabte oder unter ihrer Bildungsstufe stehende Personen aus. Außer einer gewissen Bemutterung von Mitkranken beschäftigt sie sich sehr wenig, meist nur mit ganz mechanischen Arbeiten, wie Papierrosenmachen. Lektüre, zum mindesten fremdsprachliche, lehnt sie ab. Im Verkehr mit den Ärzten sucht sie unter Wahrung einer betonten Würde einen Ton zu finden, der das gleiche gesellschaftliche Niveau unterstreicht, liebt es vor allem, auf Scherze mit einer nicht sehr schlagfertigen Ironie einzugehen. Über ihr Schicksal hört man sie eigentlich nie klagen. Auch äußert sie spontan selten etwas von ihren Wahnideen, macht im großen ganzen einen gleichmäßigen, keineswegs gespannten, ja fast euphorischen Eindruck. Ihre Bildung trägt sie gerne zur Schau, vergreift sich dabei allerdings öfters in den sehr reichlichen Fremdwörtern, ebenso wie auffällig erscheint, daß von ihr selbst gefertigte Abschriften französischer Zeugnisse gespickt von orthographischen Fehlern sind. Mit Vorliebe zeigt sie Photographien aus jüngeren Jahren vor, auf denen sie auffallend jung aussieht, und versichert dabei, es seien noch besonders schlechte Aufnahmen. Sie freut sich dann um so mehr, wenn man das Alter zu gering schätzt. Ihre Erzählungen aus früheren Jahren lassen auch außerhalb des Wahnkreises Erinnerungsumdeutungen erkennen. So erzählt sie, daß sie zugehört habe, wie Poincaré gelegentlich einer Jagd bei ihrer Herrschaft mit verschiedenen anderen französischen Staatsmännern den Krieg gegen Deutschland besprochen habe, und schildert besonders anschaulich dabei den Augenblick, wo Poincaré die unliebsame feindliche Lauscherin entdeckt und sich erschreckt zurückgezogen habe.

Eine Diskussion über die Wahnideen ist vollkommen ausgeschlossen. Treibt man sie mit ihren „Beweisen" in die Enge, so sagt sie, ein Außenstehender, der den Tonfall nicht gehört und die Mienen nicht gesehen habe, könne das nicht beurteilen. Sie weicht dann aus, zählt eine große Masse von Zeugen auf, die man nur zu fragen brauche, läßt sich aber nur mit Mühe dazu bringen, an einen dieser Zeugen zu schreiben. Die negative Antwort auf diesen Brief flicht sie sofort in das Wahnsystem ein, sucht Stellen heraus, die beweisen sollen, daß der Zeuge nur nicht habe schreiben dürfen. Obgleich sie immer wieder betont, die ganze Sache müsse vor Gericht kommen, sie werde nicht eher ruhen, rührt sie keinen Finger dazu. Sie drängt allerdings den Arzt, fordert auch Gesundheitszeugnisse. Außerhalb der Wahnideen sind keine Denkstörungen nachzuweisen. Beim Wiedererzählen umständlicherer Geschichten passiert es ihr leicht, daß sie die Pointe verfehlt. Dagegen ist eine gröbere Merkstörung nicht nachzuweisen. Bei Definitionen zeigt sie einen ausreichenden Sinn für das Wesentliche. Suggestionen ist sie, besonders

auch innerhalb ihres Wahnsystems, schwer zugänglich. Es gelingt zwar, ihr noch einen weiteren, bisher nicht genannten Liebhaber aufzudrängen, von dem sie auch bei einer nächsten Unterredung spontan spricht, doch ist es nicht möglich, andere Suggestionen, die sich an sich sehr gut dem System einfügen würden, haltbar zu machen. So z. B., daß ihr vermeintlicher Pflegevater die richtig väterlich-freundliche Art ihr gegenüber habe vermissen lassen.

Während sich die Kranke anfänglich auf der Abteilung sehr wohl fühlt und sich eigentlich nur in ihren zahlreichen Schriften über ihr Schicksal beklagt, fängt sie nach einigen Monaten an, wohl im Zusammenhang mit Differenzen mit einer etwas barschen und energischen Krankenschwester, unzufriedener zu werden, und äußert eines Tages in ziemlicher Erregung, daß sie wieder vergiftet worden sei, ihr Verwandter müsse sich dem Geheimbund „Rote Hand" angeschlossen haben und in Zusammenarbeit mit einer barmherzigen Schwester diesen Vergiftungsversuch durchgeführt haben. Sie verweigert nun häufig das Essen, bestellt sich weiche Eier, Semmeln oder sonst schwer zu vergiftende Dinge, ist mißtrauisch gegen die Schwestern, verlangt häufig Aussprachen, in denen sie am liebsten immer wieder ihr ganzes Wahnsystem von vorne an erzählt. Sie klagt über alle möglichen Beschwerden, Magendrücken, Stechen in den Armen, rapide Abmagerung und glaubt an allen Speisen einen eigenartigen Geschmack oder Geruch wahrnehmen zu können. Irgend welche Halluzinationen konnten nie nachgewiesen werden. Ein neuer Liebhaber taucht auch während der Beobachtungszeit auf. Sie weiß das daher, weil eine Mitpatientin seinen Namen einer anderen zugeflüstert hat. Dieser Sache steht sie aber recht gleichgültig gegenüber. „Ich werde halt jetzt zur Abwechslung einmal an einen Metzger verkauft." Endlich verlangt sie ihre Entlassung und wird von einer dem guten Mittelstand angehörenden Mitkranken aufgenommen, bei der sie nun seit Monaten lebt.

Katamnese 4 Monate nach der Entlassung: Die Kranke kommt von selbst auf die Abteilung, um in zielsicherer und gewandter Weise die Sache einer Freundin zu vertreten. In ihrem Anzug ist sie nach wie vor sehr genau, hat das Aussehen und das Betragen einer vornehmen Dame. Außer einer starken Abmagerung ist äußerlich keine Veränderung gegenüber der Entlassungszeit zu bemerken. An ihren Wahnideen hält sie nach wie vor fest und hat sie nur durch weitere Liebhaber, die sich jetzt aus lauter jungen Männern rekrutieren sollen, ausgebaut. Sie spricht auch jetzt wieder davon, in allernächster Zeit ein gerichtliches Vorgehen einleiten zu wollen, doch hat sie die ganze Zeit über trotz der bedrückenden Verhältnisse keinen Finger gerührt, um zu ihrem vermeintlichen Millionenvermögen zu kommen. Sie geht damit um, nun schlankweg einen jungen Studenten zu heiraten, um ihren Verwandten einen Streich zu spielen. Andererseits hat sie sich um Stellung vielfach bemüht, wenn sie sich auch nicht gerade für leistungsfähig hält. Nur um aus den augenblicklichen Verhältnissen herauszukommen, würde sie auch als Kinderfräulein sich verdingen. Daß sich in dem Alter schwer etwas finden wird, ist verständlich. Niemals tauchte der Verdacht auf eine Schizophrenie, ebensowenig jener auf eine zirkuläre Störung auf. Insbesondere erscheint die Patientin nicht hypomanisch.

Zusammenfassung.

Eine 45jährige ledige Erzieherin, die bisher im Ausland gelebt hat, findet sich im Zusammenhang mit den Kriegsereignissen plötzlich in einer Lage, in der ihr angemessene Verdienstmöglichkeiten abgeschnitten sind, und die bei ihrer hohen Selbsteinschätzung und im Hinblick auf ihr früheres geltungssüchtiges Auftreten besonders peinigend ist. Über die nur möglicherweise wahnhafte Auffassung einer hohen Abkunft hinweg entwickeln sich nunmehr wahnhafte Geldansprüche an einen reichen Verwandten und im weiteren Verlauf ein üppiges erotisches Wahnsystem, nach dem immer neue Liebhaber, durch den raffinierten Verwandten angelockt, zugleich aber in der nötigen Entfernung gehalten, immer größere Geldsummen für die Patientin testamentarisch bei jenem reichen Verwandten hinterlegen. Mit Schlichen und Kniffen bringt dieser es fertig, diese Geldsummen für sich arbeiten, die Patientin aber leer ausgehen

zu lassen. Im späteren Verlauf der rein kombinatorischen, aus fehlerhaften Eigenbeziehungen und Erinnerungsfälschungen sich speisenden Wahnbildung kommt es gelegentlich zu Mißdeutungen wohl involutiv bedingter körperlicher Beschwerden, die auch hysterisch überlagert werden, zu Vergiftungsideen.

Schizophrene Züge fehlen ebenso, wie Hinweise auf biotonische Schwankungen im Sinne des manisch-depressiven Irreseins. Auch deutliche seelische Involutionserscheinungen lassen sich nicht nachweisen.

Fall Glas.

Es handelt sich um einen mit mehr als 70 Jahren gestorbenen Seminarlehrer, den ich lange Jahre hindurch regelmäßig gesehen habe. Nach einer ungemein entbehrungsreichen Jugend hatte er es durch eisernen Fleiß zum Lehrer gebracht. Seine Tüchtigkeit führte ihn bald in die gehobene Stellung eines Seminarlehrers. Seine Heiterkeit und gerade Offenheit, sein unmittelbar natürlich wirkendes Wesen, seine Güte und wohlwollende Gerechtigkeit, seine erfrischende Herzlichkeit machten ihn bei seiner ganzen Umgebung, vor allem seinen Schülern, ungewöhnlich beliebt. Er war gesellig und wurde bald Vorsitzender des Turnvereins und der Feuerwehr einer Mittelstadt. Zu den Frauen hatte er ein natürliches Verhältnis, doch heiratete er erst nach dem 30. Jahr auf das Drängen seiner Schwester hin eine von deren Freundinnen ohne allzu große Neigung. Nach der Eheschließung stellte sich heraus, daß seine Frau bei der Hochzeit schon von einem anderen Manne seit mehreren Monaten schwanger war. Das Kind, ein Sohn, wurde für die nichtsahnende Umgebung wesentlich zu früh geboren. Es mag in der Stadt darüber gesprochen worden sein. Doch trug man die Angelegenheit dem allseits beliebten Manne weder von seiten seiner Behörde noch sonst irgendwie nach. Der Patient aber reagierte auf dies Erlebnis mit einem immer weitere Kreise einbeziehenden Beziehungswahn, hörte allenthalben Sticheleien heraus, legte seine Vorstandstellungen allmählich nieder, fühlte vor allem aus dem Verhalten seines Direktors alle möglichen gegen ihn gerichteten Machenschaften heraus. Er unterhielt, nachdem er lange Jahre still geduldet hatte, Detektive, die den Direktor zu überwachen hatten. Mit 65 Jahren trat er in den Ruhestand, und als er bei dieser Gelegenheit keinen Orden bekam, war ihm dies, obwohl er sonst keinerlei Wert auf äußere Anerkennung legte, das Zeichen einer ganz offenkundigen, schlimmen Entehrung. Nun begann er ein querulatorisches Gebaren, richtete immer neue Eingaben an das Ministerium, ließ vor allem einem seiner Schüler, der hoher Beamter im Ministerium war, keine Ruhe. Der Kreis seiner Feinde wurde immer weiter; vor allem bezog er den Referenten im Ministerium in den Kreis seiner Verfolger ein und scheute auch vor groben Beleidigungen und Verdächtigungen nicht zurück. Sein Querulieren dauerte, allerdings in allmählich abnehmender Intensität, bis zu seinem Tode fort.

Seit seinen jungen Jahren beschäftigte sich der Patient mit mathematischen Problemen, und zwar vor allem der Quadratur des Kreises und der Dreiteilung des Winkels. Kam man zu ihm zu Besuch, so fand man den alten, milden Herrn vor seinem Reißbrett, das mit wirren Linien bedeckt war, sitzen und konnte ihn immer wieder davon reden hören, daß er nun eine Lösung gefunden habe. Seine mathematische Einsicht reichte für die Belehrungen, die er von mancher autoritativen Seite empfing, nicht aus. Er ließ sich von seinen Versuchen, die mit dem Alter immer ungeschickter wurden, auch dadurch nicht abbringen, daß sich mancher alte Freund, der immer wieder vergebens versucht hatte, ihn von der Unsinnigkeit seiner Versuche abzubringen, verärgert von ihm zurückzog. Noch kurz vor seinem Tode saß er an seinen Zeichnungen.

Sozial ist er, bis auf sein Querulieren, nie auffällig geworden. Die erste Frau, die er nie berührte, aber mit einer zarten Rücksicht behandelte, starb nach einigen Jahren der Ehe. Patient heiratete nach ein paar Jahren von neuem, hatte 2 Söhne und war ein musterhafter Gatte und Vater, vielleicht ein wenig zu nachgiebig gegen seinen jüngeren Sohn. Der Sohn seiner ersten Frau, den er mit Sorgfalt und Liebe erzog, machte ihm viel Kummer, bis ihn Patient nach immer neuen Versuchen endlich sicher versorgte. Es war der tiefste Schmerz des alten Mannes, als dieser „Sohn“ im Felde fiel.

Es darf vielleicht hinzugefügt werden, daß der Patient, so weit der äußere Eindruck reicht, im Gesicht und Körperbau schöne pyknische Merkmale bot.

Gaupps: Fall Wagner.

Wagner wird früh als eingebildet, hochmütig, großspurig, über andere erhaben, sich zu Höherem berufen fühlend, von stärkstem Selbstgefühl, dabei ehrlichkeitsfanatisch geschildert. Bei dem Schulknaben werden der einseitigen Betonung des Wissens gewisse Gefahren beigemessen. Schon als Kind war er rasch beleidigt. Er hatte als Seminarist „selbständige, recht freie" Ansichten. Dabei ging das Gerücht, er stamme von einem Offizier ab. Im Seminar glaubte er mitunter, daß er wegen seines Standpunktes von einigen Vorgesetzten eine ungerechte Behandlung erfahre. Er neigte zum Sinnieren und Träumen. Er wollte gern als Geistlicher von der Kanzel herunter selbst Königen die Wahrheit sagen, immer eine große Rolle spielen. Mit der Onanie im 18. Lebensjahre traten die ersten nachweisbaren Beziehungsideen auf. Er glaubte, daß man ihm sein Laster ansehe, merkte Anspielungen. Dabei hatte er hypochondrische Ideen, die sich auf die Masturbation gründeten. 1900/01 wird von sprunghaft aufflackernden sonderbaren Ideen und Gedankengängen gesprochen und seine fanatische Gedankenbetätigung hervorgehoben. Er glaubte damals, daß er von der Behörde ungerecht behandelt und mit Absicht auf ihm nicht zusagende Stellen geschickt werde. In Radelsstetten bezog er eine harmlose Äußerung eines Kollegen als Anspielung auf seine Masturbation auf sich und war auch nach Tagen und bestem Bemühen vollkommen unbelehrbar.

Mit 27 Jahren entwickelt er im Anschluß an eine sodomitische Betätigung einen nie nach außen tretenden, offenbar dauernden, aber mit Milieuwirkungen in der Intensität schwankenden Beziehungswahn, der nach 12 Jahren seinen Höhepunkt erreicht. Schließlich nimmt er an, seine ganze Umgebung wisse von seinem Vergehen. Er steigert sich in einen unbändigen Haß gegen das Dorf, in dem sein Vergehen stattgefunden hatte, hinein und entwirft schließlich einen gräßlichen, kompliziert motivierten Plan, seine Familie, das Dorf mit seinen Bewohnern zu vernichten und schließlich sich selbst in einem Schlosse zu verbrennen. Sein Plan kommt zur Erfüllung in vielen Punkten. Im Laufe der nun folgenden Anstaltsbeobachtung korrigiert er, nachdem er schon in der Klinik unsicher geworden war, seinen früheren Beziehungswahn anscheinend allmählich vollkommen.

Doch merkt er in der Anstalt immer wieder einmal alle möglichen Quälereien und Anspielungen auf sein nunmehr ja allgemein bekanntes Sittlichkeitsdelikt in den Reden und Handlungen von Mitkranken und Pflegern, offenbar meist im Anschluß an tatsächliche Erlebnisse, so daß er immer wieder Episoden von Beziehungswahn, nunmehr aber eben anderer Genese, durchmacht.

Bemerkenswert sind die von Wollenberg hervorgehobenen mystischen Züge. Wagner zieht den Tod des von ihm erschossenen G. in mystischen Zusammenhang mit einer Äußerung, die dieser vor einem Jahr zu ihm getan hat. Er glaubt, daß ein Erdbeben geschickt war, um seine Frau und seine Kinder zu warnen, und er hält es für möglich, daß es durch irgendeine Gewalt bestimmt war, daß die Leute bestimmte Worte sagen mußten, wenn er in der Nähe war. Endlich meint er, daß es gerade seine Aufgabe gewesen sei, gerade dies zu erleben, zu leiden und zu handeln.

Hier leuchtet der Übergang zu einer zweiten Gruppe von paranoischen Ideen auf, über deren Zusammenhang mit der ersten Gruppe wohl keine Frage besteht, wenn auch die Ansichten über diesen Zusammenhang verschieden sind.

Er war immer über andere erhaben, machte sicher schon mit 20 Jahren Gedichte, schlug mit 21 Jahren in seinem „Opus I" den Teufel tot, schreibt dann alle möglichen Dramen, die er außerordentlich hoch einschätzt, hält sich schließlich für einen Dramatiker von allergrößter Bedeutung, stellt sich neben, ja über Goethe und Schiller. Zum mindesten aber hält er seine Leistungen für besser als alles, was in den letzten Jahren geschrieben worden ist, bewirbt sich um den Schillerpreis und läßt bei aller Restriktion, die ihm die Bekanntschaft mit offenbar reichlicher psychiatrischer Lektüre auferlegt, sich auch zuletzt noch in einem Sinne aus, daß an einem literarischen Größenwahn wohl nicht gezweifelt werden kann. Er macht alle möglichen politischen und militärischen Vorschläge, die er an die höchsten Stellen einschickt, und ist jetzt überzeugt, daß, wenn er die Leitung der Geschicke Deutschlands in der Hand gehabt hätte, der Krieg niemals verloren gegangen wäre.

Die Leiden, die er durchgemacht hat, stellt er unzweifelhaft über jene Christi, ebenso wie er seinen eigenen Lebensgang als unerhört, ja, als interessanter als die Ereignisse des Weltkrieges hinstellt.

Wieder nach einer anderen oder doch nur teilweise mit den bisherigen übereinstimmenden Richtung weisen seine Bemühungen um eine neue Rechtschreibung, seine Gedanken zur Erziehungsreform, ja, schließlich seine Anderswertung eigentlich aller Lebensgebiete, des sozialen, des ethischen, des ästhetischen, vor allem auch der sexuellen Frage, die ihn allenthalben in Bahnen hineinführt, die von den gewöhnlichen stark abweichen und eine ganz persönliche Note tragen. So hat auch das menschliche Leben für ihn eine ganz andere Bedeutung als für andere Sterbliche.

Gerade diese outrierte, alles umwertende Gesamthaltung Wagners jedem Geschehen und Lebenswert gegenüber, die wohl im Mittelpunkt alles Geschehens bei ihm steht, scheint mir besonders hervorzuheben.

Von den mitgeteilten Beobachtungen entsprechen dem Idealbild der Paranoia Kraepelins am ehesten die Fälle Quast und Glas. Bei Wagner ist es ungewöhnlich, daß der Beziehungswahn nach der Mordtat weitgehend korrigiert zu werden scheint. Immerhin dauert die Größenparanoia fort und entwickelt sich weiter. Offner endlich zeigt eine Persönlichkeit, wie Kraepelin sie unter seinen Beobachtungen offenbar nicht oder nur vereinzelt gefunden hat. Doch handelt es sich auch bei ihr um eine peranoische Wahnbildung im Sinne einer endgültigen Verrückung des Standpunktes zur Umwelt. Bei keinem der Kranken läßt sich das Vorliegen irgend eines der bekannton Krankheitsvorgänge auch nur einigermaßen wahrscheinlich machen. Selbst bei Quast scheint mir kein Anlaß anzunehmen, daß etwa Rückbildungsvorgänge entscheidend im Spiele gewesen wären. Vielmehr erscheinen alle Erkrankungen als die Entwicklungen von abnormen Persönlichkeiten unter dem Einfluß eben nicht ungewöhnlicher Lebensschicksale.

Wie die folgenden Kapitel zeigen werden, läßt sich jedoch in jedem Einzelfalle die Frage aufwerfen, ob nicht doch die paranoischen Erkrankungen Wirkungen andersartiger Prozesse sind.

II. Paranoia als Zustandsbild verschiedenartiger Prozesse.

A. Schizophrenie.

Auf die früheren differentialdiagnostischen Erwägungen gegenüber der Dementia praecox (Mercklin, Albrecht, Saiz, Banse) brauchen wir uns hier nicht einzulassen. Die Frage, ob mit Halluzinationen einhergehende Bilder besonnener Wahnbildung von chronischem Verlauf zur Paranoia gehören, wird auch heute noch verschieden beantwortet. So rechnet man in dem Kreis des Binswanger-Siemerlingschen Lehrbuches jetzt noch mit einer Paranoia halluzinatoria im Gegensatz zu der Paranoia simplex. Ziehen vollends und auch Reichardt haben einen sehr weiten Paranoiabegriff. Krueger legt hauptsächlich halluzinatorische Formen seiner Monographie zugrunde, und auch Jelgersma kann sich Kraepelin in der Ausscheidung der halluzinatorischen Formen nicht anschließen. Mit aller Entschiedenheit scheinen mir W. Mayers Untersuchungen zur Paraphrenie gegen die Möglichkeit einer Gleichsetzung von halluzinatorischen paranoiden Erkrankungen und kombinatorischen paranoischen Wahnentwicklungen zu sprechen. Wo es nicht bei einzelnen visionären Erlebnissen oder hysteriformen Trugwahrnehmungen bleibt, sondern ausgeprägtere,

vor allem akustische, Halluzinationen und Pseudohalluzinationen rasch beherrschend hervortreten, da scheint regelmäßig, nach längerer oder kürzerer Zeit, der progressive Charakter deutlich zu werden. Mitunter freilich wird dies recht lange dauern, wie aus gelegentlichen Mitteilungen der Literatur, so etwa von Albrecht, hervorgeht. Ja, man wird auch vereinzelt Erkrankungen begegnen, bei denen eine sichere Entscheidung nicht möglich sein wird. Es ist ferner nicht zu bezweifeln, daß es, wenn auch nur vereinzelt, Krankheitsbilder gibt, bei denen einem ausgesprochen prozessiv gefärbten, halluzinatorischen Krankheitsbeginn eine Weiterentwicklung folgt, die einer Paranoia sehr ähnlich sieht. Einen solchen sehr eindrucksvollen Fall wird demnächst Haas aus meiner Abteilung mitteilen.

Bei der Fragestellung: Schizophrenie und Paranoia geht es aber um viel mehr als um die Trennung von kombinatorischen und halluzinatorischen Formen. Die Schizophrenie droht vielmehr, die ganze Paranoia zu verschlingen. Zwar fehlt es schon früher nicht an vereinzelten Stimmen, welche die Paranoia in der Schizophrenie aufgehen lassen wollen (Klipstein), doch erst heute ist die Frage brennend geworden. Bleuler erwog schon 1906 und dann 1908, ob nicht bloß ein quantitativer Unterschied zwischen Dementia praecox und Paranoia bestehe, die Paranoia also nichts sei als eine milde Form der Schizophrenie, die nicht bis über die Wahnentwicklung hinaus gedeihe. Heute allerdings scheint er rein aus der Konstitution herauswachsende Paranoiafälle neben solchen abortiven Schizophrenien anzuerkennen. Dafür aber schiebt er die quantitative Betrachtung hinüber zu dem unglückseligen Begriff des Schizoids. Er möchte „annehmen, daß schwere Formen der Schizoidie zu Schizophrenie führen, etwas leichtere, wenn sich die entsprechende affektive Konstitution dazu gesellt, zu Paranoia, noch leichtere bezeichnen die schizoiden Psychopathen und in richtigem Maße ist die ‚schizothyme Komponente' der Psyche zugeteilt bei den Gesunden". Bei dieser Annahme wäre also die Paranoia doch schließlich nichts anderes als eine leichte Form der Schizophrenie, und die Gesundheit als deren leichteste Äußerungsform zu betrachten. Hoffmann denkt daran, daß die Paranoia das Ergebnis eines früheren abortiven schizophrenen Schubes sei, eine Frage, die man im Einzelfalle immer stellen wird, und die auch von mir und dann von Kahn für einen Teil der paranoischen Erkrankungen erörtert wurde. Späterhin ventiliert Hoffmann andere, detailliertere Möglichkeiten: Schizoide Konstitution und aktive manische Tendenz würden darnach die expansive Paranoia erzeugen, schizoide Konstitution und depressiv-pessimistisches Temperament zur sensitiven Form der Erkrankung führen. Endlich faßt Kehrer in seiner neuesten Äußerung zum Problem alle Wahnerkrankungen der schizophrenen Gruppe zusammen, ohne die Paranoia gesondert herauszuheben, und in der Arbeit von Immerwahr, die unter Kehrers Einfluß zustande gekommen ist, scheinen alle paranoiden Formen ineinander zu fließen.

Schaut man von diesen Auffassungen nach den zugrunde liegenden Tatsachen hin, so ist folgendes zu sagen: Nicht ganz selten finden sich, wie entgegen Birnbaum zuzugeben ist, im Beginne und im Verlaufe schizophrener Erkrankungen „echte" paranoische Syndrome (siehe die Beobachtungen von Banse, Magenau, Haas). Ja, vereinzelt sieht man Kranke, bei denen eine paranoische Entwicklung von jahrelanger Dauer doch noch klar in den paraphrenen oder schizo-

phrenen Zerfall abbiegt. (Ich sah eine schizophrene Dame, die nach der objektiven Anamnese 17 Jahre hindurch zum mindesten ganz vorwiegend paranoisch schien.) Bei der systematisierenden Form der Paraphrenie vor allem kann dem Auftreten von Halluzinationen und dem Beginn der zunehmenden Zusammenhangslosigkeit des Wahngeschehens allem Anschein nach eine sehr lange dauernde paranoische Entwicklung vorausgehen (so etwa bei Strindberg). Umgekehrt kann gelegentlich einem ausgesprochen prozeßhaften Beginn ein lange Jahre anhaltendes paranoisches Stadium folgen. Dennoch glaube ich, daß sich hier gewisse klinische Unterschiede allenthalben werden auffinden lassen, wo man nachhaltig darnach sucht. Die unbestimmte Wahnstimmung: „es geht etwas vor" scheint mir nicht der Paranoia, sondern den Prozessen zu eignen, ja, soweit ich sehen kann, sie regelmäßig einzuleiten. Westerterp hat solche Beobachtungen beschrieben und sie gewiß mit Recht zu den Prozessen gerechnet, ohne daß doch damit alle Erkrankungen an Verfolgungswahn, wie dies auch Geier will, aus der Paranoia auszuschließen wären. Bei Paranoischen habe ich bisher niemals wirklich entsprechende Schilderungen bekommen, wenn auch gelegentlich in der Angst nach den ersten deutlichen wahnhaften Wahrnehmungen eine allgemeine ängstliche Unsicherheit vorkommen zu können scheint. Bei den anfänglich vorwiegend paranoisch verlaufenden, später manifesten Schizophrenien auf der anderen Seite wird man auch schon während des paranoischen Stadiums gleichzeitig deutlich werdende, wenn auch nur leichte Wesensänderungen nicht vermissen. Aber natürlich werden alle diese Unterscheidungsmöglichkeiten im einzelnen Falle gelegentlich versagen, besonders dann, wenn man den Kranken erst spät zu Gesicht bekommt und Darstellungen erhält, die durch Erinnerungsfälschungen und das Abrundungsbedürfnis der Paranoischen weitgehend entstellt sind. (Siehe den Fall von Haas.) Es ist ja auch nicht ausgemacht, ob die angegebenen Unterscheidungsmerkmale wirklich wesentliche Unterschiede bezeichnen.

Für die nahe Verwandtschaft zwischen Schizophrenie und Paranoia werden weiterhin besonders die Erblichkeitsbefunde herangezogen. Da sind zunächst v. Economos Erhebungen zur Erblichkeit der Querulanten, die reichlich schizophrene Psychosen in Seitenlinien und Nachkommenschaft ergeben. Dazu kommen Hoffmanns Mitteilungen über zwei Familien, von denen eine den Fall Wagner betrifft, während die andere sich auf den von Ewald als Paranoiker bezweifelten Hochzeitsmahlgeber bezieht. Auch hier fanden sich Fälle von Dementia praecox in der Verwandtschaft. Aus Kehrers dankenswerten Erhebungen ist hervorzuheben, daß offenbar gerade die der Paranoia am nächsten stehenden Reaktionen wenig auffallende Beziehungen zur Schizophrenie hatten. Bei meinen eigenen, allerdings wenig erschöpfenden Untersuchungen ist der auffallendste Befund gerade das seltene Vorkommen klarer schizophrener Psychosen in der näheren Verwandtschaft. Solche fehlen sicher weithin im Falle Berta Hempel, so ausgedehnt hier auch die Nachforschung war. Bei Glas und den beiden hier mitgeteilten Beobachtungen ist nichts Entsprechendes zu erfahren gewesen. Aber auch in der Literatur muß man nach klaren schizophrenen Verwandtenpsychosen suchen, während auffallend häufig Störungen angegeben werden, die wiederum an Paranoisches denken lassen. Bei der schizophrenen Bauernsippschaft, die ich beforscht habe, ist in einem Zweige paranoisches Wesen erblich, wie das auch in anderen Familien beobachtet wird, so etwa

schon in einer von Kreischgauer mitgeteilten Sippe, oder aber in der mütterlichen Familie der Berta Hempel.

Es scheint mir, daß man aus den bisher vorliegenden Tatsachen, soweit sie die Erblichkeit betreffen, noch nicht die Berechtigung entnehmen kann, auf ganz nahe Beziehungen der Paranoia zur Schizophrenie zu schließen. Daß die Schizophrenie häufig paranoide Bilder macht, daß man in Familien mit paranoiden Charakteren auch paranoide Psychosen antreffen wird und hier auch die Schizophrenien paranoid verlaufen werden (übrigens nicht regelmäßig), ist noch kein hinreichender Anlaß zur Annahme engster Verwandtschaft.

Auf die Frage des Schizoids müssen wir in anderen Zusammenhängen noch zurückkommen. Schon hier aber kann gesagt werden, daß wir bisher, vielleicht mit der Ausnahme klarer autistischer Typen, Psychopathen immer nur dann mit einiger Sicherheit als schizoide, soweit wesenhafte Beziehungen zur Schizophrenie bezeichnet werden sollen, in Anspruch nehmen dürfen, wenn eben eine klare schizophrene Erblichkeit gegeben ist.

Grundsätzlichen Zweiflern gegenüber und schließlich bei der Problematik unserer gesamten klinischen Unterscheidungen überhaupt wird sich solange kein Beweis für die Trennbarkeit von Schizophrenie und Paranoia erbringen lassen, als uns nicht andere Hilfsmittel als der klinische Befund und sporadische, lückenhafte Erblichkeitsuntersuchungen zur Verfügung stehen. Wie andere prozessive Schädigungen werden unzweifelhaft auch schizophrene Erkrankungen die befallenen Persönlichkeiten im Sinne einer paranoischen Bereitschaft abändern können. Da die Schizophrenie eine sehr häufige Erkrankung ist, wird dies auch gar nicht einmal so selten der Fall sein, und sie wird dies Ergebnis auch einmal ohne alarmierende Erscheinungen fertig bringen, wie sie ja auch sonst zu ganz schleichenden, kaum merklichen Umwandlungen führt.

Die Verfechter einer sehr nahen Verwandtschaft von Schizophrenie und Paranoia werden natürlich darauf hinweisen können, daß uns vielfach eine wirklich hinreichende Kenntnis der Vorgeschichte, die alle deutlichen prozessiven Symptome ausschließen ließe, fehlt. (S. Haas.) Auf der anderen Seite überblicken wir doch in anderen Fällen, vor allem bei manchen langdauernden paranoischen Situationspsychosen, die Sachlage so genau, daß dieser Einwand hinfällig wird. Es bleibt die Annahme nächster wesenhafter Beziehungen zwischen Dementia praecox und Paranoia also eine Forderung, die unseres Erachtens mehr Gründe gegen als für sich hat. Will man sich aber auf ihren Boden stellen, so wird man zu erklären haben, wieso es in so zahlreichen Fällen trotz Fortdauer der Krankheitserscheinungen, ja „Fortschreitens“ der Krankheit nie zur Entwicklung eigentlicher schizophrener Störungen kommt.

Daß eine zusammenfassende Betrachtung der paranoischen mit den prozessiven Wahnkrankheiten unter einheitlichen Gesichtspunkten möglich ist, und daß hier bemerkenswerte Ergebnisse zutage treten, hat Kehrer gezeigt. Vielleicht besteht in der Tat eine gewisse Verwandtschaft aller Wahnpsychosen, die freilich noch nicht näher zu ergründen ist. Die Annahme, daß diese Verwandtschaft auf etwaigen verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen den Anlagen zur Schizophrenie und Paranoia beruhe, erscheint mir nicht gesichert. Es läßt sich denken, daß die paranoische Veranlagung, die man nicht mit dem zusammenwerfen darf, was man im allgemeinen Sprachgebrauch als paranoid, d. h. miß-

trauisch, bezeichnet (siehe unten), im Zusammenwirken mit den verschiedensten Stärkegraden schizophrener Prozesse zu der Fülle von prozessiven Wahnerkrankungen allerverschiedenster Natur führt, die wir im Bereiche der Schizophrenie sehen.

B. Andere Prozesse.

Handelt es sich nicht um Schizophrenie, so könnten bei der Entstehung der Paranoia doch generell andere Prozesse mitwirken. Wir denken hier zunächst an Jaspers „psychische Prozesse", die mit irgendeiner klinischen Einheit allerdings zunächst nichts zu tun haben. Jaspers beschrieb 1910 zwei Kranke, von jeher etwas auffällige hypomanische Männer, die im mittleren Lebensalter in einer relativ kurzen Spanne Zeit unter Symptomen von Unruhe, Beobachtungswahn, Erinnerungstäuschungen, leichten somatischen Erscheinungen, an Eifersuchtswahn und Vergiftungsideen erkrankten. Eine ausreichende äußere Ursache war nicht nachweisbar. Später wurden keine neuen Anknüpfungspunkte für Wahnideen gefunden, die alten Ideen aber festgehalten, ergänzt und bis zu einem gewissen Grade ausgebaut. Dabei blieb die Persönlichkeit bis auf die wahnhafte Verrückung ihres Standpunktes unverändert. Jaspers vergleicht diese angeblich einmalige, nicht aus dem Schicksal ohne weiteres verständliche Wahnbildung der Aufpfropfung eines Tumors. Es handle sich um die Abknickung, nicht die Entwicklung einer Persönlichkeit. Der zugrunde liegende Prozeß sei freilich nur psychologisch faßbar, weshalb man von psychischen Prozessen sprechen könne, aber es handle sich doch um etwas Neuartiges, nur unter dem Begriff Prozeß Faßbares.

Man wird den von Jaspers entwickelten Begriff zu trennen haben von den Ausgangsfällen, die mir zu seiner Begründung nicht auszureichen scheinen. Denn wir werden in keiner Weise über etwaige innere Voraussetzungen der Eifersuchtswahnbildung unterrichtet, ohne die uns eine Beurteilung schlechterdings unmöglich scheint. Auch ist es nicht richtig, daß die Wahnbildung stillgestanden hätte. Wenn keine neuen Anknüpfungspunkte für den Wahn gefunden wurden, ist dies vielleicht gerade daraus erklärlich, daß der Eifersuchtswahn innerlich wohl determiniert war. Nach den vorhandenen Unterlagen könnte es sich in den beiden Fällen doch um echte paranoische Erkrankungen handeln — entscheiden läßt sich die Frage nach dem trotz aller Ausführlichkeit unzureichend mitgeteilten Materiale nicht.

Dagegen ist der Begriff der psychischen Prozesse zweifellos fruchtbar. Zum Wesen der Entwicklung einer Persönlichkeit, einer Paranoia auch im Sinne Kraepelins, gehört ein hinreichend verständlicher Einbau der Wahnbildung in Strebungen, Befürchtungen, Hoffnungen der erkrankenden Persönlichkeit. Wo solche Bedingungen nicht gegeben sind, da allerdings wird man an Prozesse denken, entsprechende Beobachtungen also nicht zur Paranoia rechnen. Daß es solche Formen gibt, ist wohl nicht zu bezweifeln. So mögen Westerterps Fälle von Verfolgungswahn hierher gehören. Es handelt sich hier um sehr milde Prozesse, die, abgesehen vom Wahn, keine auffallenden Erscheinungen machen, so daß sie nur als „psychische" faßbar sind. Was ihnen zugrunde liegt, wird man, solange andere Erscheinungen fehlen, natürlich nicht sagen können. Immer wird man aber an die verschiedensten Möglichkeiten denken. Vielleicht kommen

spezifische Prozesse in Frage, etwa im Sinne von Kleists Begriff der „progressiven Beziehungspsychose", die er zu den psychischen Systemerkrankungen stellt. Aber man wird wohl vielfach nach einem längeren Verlauf doch noch andere Erscheinungen hervortreten sehen und damit die zunächst „psychischen Prozesse" als die Ausdrucksformen verschiedenartiger destruktiver Erkrankungen erkennen.

Besonders involutive Vorgänge kommen hier wohl in Frage, auf deren Bedeutung Gaupp in allgemeinen Ausführungen neuerdings wieder hinweist. Vor Jahren hat Seelert solche paranoische Erkrankungen beschrieben, die durch das Zusammentreffen einer paranoiden Veranlagung mit praesenilen, senilen und arteriosklerotischen Veränderungen zustande kamen. In der gleichen Weise werden aber auch enzephalitische, traumatische (Kretschmer), luetische Prozesse einmal wirken können.

In allen diesen Fällen wird dann die Frage auftauchen, ob es sich um unspezifische Wirkungen handelt insofern, als durch den Hirnprozeß schon vorher vorhandene paranoide Anlagekeime nur verstärkt werden, oder aber ob nicht vielmehr die organische Hirnerkrankung aus sich heraus die paranoische Bereitschaft erst schafft. Guttmann hat aus meiner Abteilung zwei Kranke mit Encephalitis epidemica beschrieben, die nach der Hirnerkrankung paranoische Bilder darboten, darunter eine Frau, bei der die eingehende Durchforschung der Vorgeschichte und der Erblichkeit nicht den leisesten Anhaltspunkt für eine entsprechende Persönlichkeit ergab. Hier hatte der organische Prozeß also anscheinend erst die Voraussetzungen für die paranoischen Erscheinungen schaffen müssen, ein Umstand, der besonders bemerkenswert erscheint. In ähnlicher Weise mögen manche andere arteriosklerotische, praesenile, senile, hirntraumatische, paranoische Bilder auch bei nicht spezifisch veranlagten Persönlichkeiten zustande kommen, und man wird auch nicht ausschließen dürfen, daß gelegentlich eine früh einsetzende Hirnschädigung, ein Trauma, eine Enzephalitis, eine Embolie in einer zweifellos nicht paranoiden Persönlichkeit die Voraussetzungen erst schafft, die späterhin zu einer paranoischen Entwicklung führen.

Ähnliches können vielleicht auch einmal endogene und exogene Vergiftungen zustande bringen. So hat Kehrer wiederholt als letztes Glied bei der Entstehung der Wahnbereitschaft das Auftreten eines Basedowoids gesehen. Vor allem aber ist die Häufigkeit des alkoholischen Eifersuchtswahns ja bekannt. Aber leider liegen die Bedingungen gerade hier recht verwickelt. Organisch faßbare Hirnschädigungen, Zerrüttung der Ehe, Abnahme der Potenz bei gesteigerter Libido kommen hier zusammen und machen es einigermaßen verständlich, daß gerade ein Eifersuchtswahn entsteht. Ob aber der Alkohol die paranoische Bereitschaft erst schafft, kann bei dem heutigen Stande unseres Wissens weder behauptet noch bestritten werden. Wir wissen es einfach nicht. Die in letzter Zeit in ermüdender Weise wiederholten Versicherungen, die Eigenschaften der Alkoholiker entsprächen nur ihrer früheren Veranlagung, nur durch diese würden sie überhaupt erst zu Alkoholikern, gehen in so unverständlicher Weise an der Tatsache des so häufigen rein exogenen Alkoholismus, wie er zumal in Brauereien auch heute noch gezüchtet wird, vorbei, daß man zu einer Diskussion wohl eine günstigere Zeit abwarten muß. Freilich wird man nicht ver-

gessen, daß der Eifersuchtswahn nur eine verhältnismäßig kleine Zahl von Alkoholikern befällt, und man wird daher an besondere Anlagebedingungen denken. Ganz anders liegen die Verhältnisse beim Kokainismus, der allem Anschein nach bei hinreichender Ausprägung gesetzmäßig zu Wahnbildungen, wenn auch nicht paranoischer Art, führt, also wohl aus sich heraus die entsprechenden Bedingungen zu schaffen vermag. Vielleicht fällt von hier aus auch Licht auf den alkoholischen Eifersuchtswahn, ja sogar noch weiterhin auf andere Formen der Wahnbildung.

Alle diese Möglichkeiten werden in dem einen oder anderen Falle wohl in Frage kommen; meist werden sie aber auszuschließen sein. Regelmäßig sind solche Prozesse keinesfalls nachweisbar. Gegenüber den „psychischen Prozessen" gibt es natürlich ebensowenig wirklich beweisende Einwände wie gegenüber der Annahme mildester schizophrener Erkrankungen. Man wird ja immer darauf hinweisen können, daß gelegentlich beim Einsetzen von sicheren zerstörenden Erkrankungen lange Zeit hindurch alle psychologischen Zusammenhänge gewahrt bleiben und die Krankheitserscheinungen zunächst als nacherlebbare Erlebnisreaktionen erscheinen.

In diesem Zusammenhange ist auf Krueger zu verweisen, der in der Paranoia „eine frühzeitige oder doch übermäßig stark entwickelte Alterserscheinung, die der vorzeitige Aufbruch der Lebenskräfte, die mangelhafte Regenerationstätigkeit des Organismus zustande bringt", sieht. Wir stehen hier an einer Grenze, an der es kaum möglich ist, Prozeß und Entwicklung, die ja auch immer im biologischen Sinne ein Prozeß ist, zu scheiden. Gaupp hat darauf mit Nachdruck hingewiesen. Die grundsätzliche Bedeutung dieser Tatsache hat jedoch mit Kruegers Annahme nichts zu tun. Daß diese keine allgemeine Geltung haben kann, geht schon aus der Altersverteilung der paranoischen Erkrankungen hervor, von denen ein nicht unbeträchtlicher Teil schon vor dem 30. Lebensjahre einsetzt, weitaus der größte aber vor der Beendigung des vierten Lebensjahrzehnts.

C. Manisch-depressives Irresein.

Die Erkenntnis, daß in der Paranoiagenese affektive Vorgänge eine wesentliche Rolle spielen, bedeutete seinerzeit einen großen Fortschritt. Es wurde ja oben ausgeführt, daß noch die Berliner Paranoiadebatte zu der Formulierung führte, die Paranoia sei eine primäre Verstandeskrankheit. Wies damals allein Moeli auf die Bedeutung der Affekte hin, so hatte doch schon 1887 Sandberg die Stimmung und das Mißtrauen als für die Wahnentstehung bedeutsam bezeichnet. Wenige Jahre später unternahm Linke, darzutun, daß ein krankhafter Affektzustand, die „gespannte Erwartung", bei der „primären Verrücktheit" zur Wahnbildung führe. Tiling entwickelte damals schon recht moderne Vorstellungen. Erst G. Specht aber setzte sich 1901 in so eindringlicher Weise mit der angeblich reinen Verstandesstörung der Paranoia, und zwar mit einem der bekanntesten Vertreter dieser Anschauung, nämlich Krafft-Ebing, auseinander, daß seither die Bedeutung affektiver Vorgänge für die Wahngenese nicht mehr fraglich sein kann.

Bei dieser so wichtigen Erkenntnis blieb G. Specht aber nicht stehen. Behauptete er anfänglich nur, daß es die „Chronizität des gleichen Affekt-

zustandes" sei, welche die Paranoia unterhalte, so ließ er später die Paranoia im manisch-depressiven Irresein aufgehen. Im echten Querulantenwahn glaubte er das ganze Rüstzeug der Manie zu finden, leichte Willenserregung und eine assoziative Plusleistung, eine leichte Ideenflucht; und auch die pathologischen Erfinder und anderen Größenwahnsinnigen stellte er zur chronischen Manie. Demgegenüber trete bei dem typischen Bilde des fortschreitenden Verfolgungswahns das Melancholische in den Vordergrund, und zwar in der Form eines depressiv gefärbten Mischzustandes, wobei das bei der Paranoia erhöhte Selbstgefühl dem manischen Einschlag entspreche. Angeblich sollen auch die hereditären Beziehungen der Paranoia diese Auffassung unterstützen.

Specht hat vielfältige Zurückweisung gefunden, so besonders durch Bumke und Wilmanns. Nur vereinzelte Stimmen sind zu seiner Unterstützung laut geworden, wie die von Ennen. Vor allem aber hat sich Ewald, auch in der allerletzten Zeit wieder, mit großem Nachdruck für den Hauptbestand dieser Lehren eingesetzt.

Schon 1919 teilte Ewald aus der Kleistschen Klinik zwei Beobachtungen mit, die er wohl mit gutem Rechte dem weiteren Bereiche des manisch-depressiven Irreseins zuteilte, und deren als Hyponoia bezeichneten Erkrankungen er die autochthonen, Manie und Melancholie gleichzusetzenden Schwankungen einer besonderen hypoparanoischen Veranlagung zugrunde legte. Im Zusammenhange mit seinen Aufstellungen über Temperament und Charakter betrachtete er dann 1921 die Paranoia als eine „besondere, durch die Charaktereigentümlichkeit bedingte Variante des mehr oder weniger chronisch verlaufenden manisch-melancholischen Irreseins". „Krank wird der zum Paranoiker Praedestinierte . . . auf Grund seiner endogenen Labilität." Sein sthenisch-asthenischer Charakter läßt seine Erkrankung gerade zu einer paranoischen werden. Von diesem Standpunkt hat sich Ewald auch in seiner neuesten Abhandlung (1925) noch nicht entscheidend entfernt, in der er eine ganze Reihe eigener Beobachtungen mitteilt und fremde unter seinem Gesichtspunkt betrachtet. Nach seinen Ausführungen wäre anzunehmen, daß mit Vorliebe leichte depressive Schwankungen zur Wahnentstehung Anlaß geben, immer natürlich unter der Voraussetzung einer besonderen charakterlichen Veranlagung, dann aber mit „manischem Elan" in der Richtung der festgehaltenen Wahninhalte weitererlebt werde, ja, daß der „biotonische Strom" manischen Geschehens, freilich nicht stark ausgesprochener Phasen, steigernd wirke.

Wir haben es hier mit Auffassungen zu tun, die mit den früheren G. Specht gegenüber vorgebrachten Argumenten nicht mehr so ohne weiteres abzutun sind. Befragen wir auch hier die vorliegenden Tatsachen, so unterscheidet sich zwar im allgemeinen die Wahnbildung der Zirkulären durch ihren „holothymen" (Bleuler) Charakter von dem katathymen der Paranoia, aber es ist nicht von der Hand zu weisen, daß gelegentlich paranoische Bilder im Rahmen zirkulärer Störungen vorkommen und auch geraume Zeit dauern können. Sie erscheinen besonders gern beim Phasenwechsel und sind offenbar der Ausdruck von „Mischzuständen". Lähr hat schon vor langer Zeit solche Beobachtungen mitgeteilt, später auch Freyberg, Seelert, Nitsche, H. W. Maier, Eisath, Lange u. a., Beobachtungen, die jeder gelegentlich machen kann, wenn auch selten für längere Zeit Zweifel darüber bestehen werden, wohin diese Erkrankungen

gehören. Weiterhin ist nicht zu bezweifeln, daß insbesondere manche Querulanten ausgesprochen Hypomanische sind, und daß es querulatorische chronische Manien gibt. Hier wird man um so weniger zu Zweifeln an der klinischen Zuordnung kommen, je ausgesprochener die chronische Manie ist, zumal sich dann auch das Wahngeschehen in entscheidender Weise von dem bei der Paranoia entfernt. In Frage stehen aber gerade ganz leichte Phasen. Auch das muß Ewald ohne weiteres zugegeben werden, daß man zunächst bei manchem Größenwahnsinnigen für einige Zeit oder auch einmal grundsätzlich im Zweifel bleiben wird, wie man ihn klinisch einzuordnen hat. In zahlreichen Fällen dieser Art klärt dann eine unerwartete endogene Schwankung die Sachlage in dem einen oder anderen Sinne. Entweder verschwindet mit der manischen Verstimmung auch die Wahnbildung, oder aber sie dauert über alle Schwankungen, welcher Art sie auch sein mögen, fort. In dem einen Falle haben wir es wohl sicher mit einer Variante des manisch-depressiven Irreseins zu tun, wie dies Ewalds Annahmen entspricht, in dem anderen haben wir meines Erachtens kein Recht, das Hauptgewicht auf das Zirkuläre zu legen. Ja gerade aus solchen Beobachtungen wird man schließen dürfen, daß ursächliche Beziehungen nicht ohne weiteres anzunehmen sind.

Bei allen den eigenen Beobachtungen Ewalds möchte ich ihm die zirkuläre Grundlage ohne weiteres zugeben. Nur bei Stark, den ich allerdings nur aus einem Vortrage kenne, und bei Hautner kann ich Bedenken hinsichtlich eines prozessiven Fortganges nicht unterdrücken. Aber ich möchte alle diese Kranken auch nicht zur Paranoia im Sinne Kraepelins rechnen. Auf der anderen Seite kann bei Berta Hempel, wiewohl sie eine hypomanische Persönlichkeit ist, eine biotonische Schwankung für die Wahnentwicklung nicht verantwortlich gemacht werden, und auch bei dem Hauptlehrer Wagner scheint mir das nicht angängig zu sein. Es kann wohl nicht zweifelhaft sein, daß zwischen Hypomanie und manisch-depressivem Irresein wesenhafte Beziehungen bestehen, aber eine Gleichsetzung ist doch nicht möglich; und Biotonusschwankungen, wie man sie nach Ewald zur Wahnentstehung voraussetzen muß, mögen zwar sehr häufig bei Hypomanischen sein, aber sie müssen im einzelnen Falle doch erst nachgewiesen sein, ehe man sie in die Ursachenrechnung einsetzen darf.

Viel entscheidender fällt ins Gewicht, daß viele Paranoische jeden hypomanischen oder aber depressiven Wesenszug vermissen lassen, ja, daß bei der Mehrzahl der Kranken auch jeder Verdacht nach dieser Richtung hin fernliegt, selbst wenn man so weit geht wie Ewald, der dem Charakter die Fähigkeit zuschreibt, die zirkuläre Grundstörung so gut wie ganz zuzudecken. Wenn wir neben Paranoischen, die als Manisch-Depressive schlechterdings nicht in Anspruch genommen werden können, nicht allzu selten solche von hypomanischem Wesen antreffen, so haben wir darin wohl den Ausdruck einer Auslese zu sehen. Diese sind es gerade, die am leichtesten in Konflikte geraten und daher in psychiatrische Beobachtung kommen, während vermutlich die Großzahl der anderen Paranoiker nie den Arzt beschäftigt. Ich erinnere hier an Glas, den ich nur auf Grund persönlicher Beziehungen als Paranoiker erkannte, weiterhin an den Fall Quast, den ich in einer inneren Abteilung auffand und eigens heranholte, denke aber auch an andere paranoide Kranke (so z. B. den Fall von Haas), die ich in der internen Abteilung gesehen habe, und die noch nie in psychiatrischer

Behandlung waren. Allenthalben war es nur der eine oder andere auffallende Wesenszug, der zur psychiatrischen Untersuchung führte und damit zur Aufdeckung weitverzweigter Wahnsysteme. Für den Kreis der Paranoischen, die in Klinik oder Anstalt geraten, ist eben vielfach nicht so sehr die Wahnbildung, als vielmehr Charakter und Temperament maßgebend. Vielleicht erklärt sich auch aus den besonderen Unterschieden zwischen Großstadt- und Kleinstadtaufnahmegebiet ein Teil der Differenzen zwischen Ewald und vielen anderen Untersuchern. In der Großstadt mit ihren besonders beschränkten Wohnverhältnissen werden vielleicht schon solche Paranoische auffällig, die auf dem Lande oder in der Kleinstadt noch nicht entscheidende Schwierigkeiten haben.

Dem Bedenken, daß die Paranoia im allgemeinen als eine chronische Erkrankung verläuft, während der Großteil der zirkulären Erkrankungen gerade durch seinen phasischen Verlauf ausgezeichnet ist, könnte Ewald entgegenhalten, daß doch auch eine akute und periodische Paranoia beschrieben worden ist. Insbesondere hat ja Thomsen zahlreiche solche Beobachtungen mitgeteilt. Aber im Gegensatz zu den chronischen paranoischen Erkrankungen kann in den meisten Fällen dieser Art, wie Kleist überzeugend gezeigt hat, von eigentlichen paranoischen Störungen hier nicht gesprochen werden, und auch Böges kritische Zusammenstellung erscheint in dieser Hinsicht nicht gerade ermutigend. Eigene hierher gehörige Beobachtungen — ich erinnere an den Fall Gunthard — lassen die manisch-depressive Natur wohl vorübergehend, aber doch nicht dauernd zweifelhaft erscheinen. Dazu unterscheiden sie sich durch den klaren autochthonen Beginn und auch in ihren Erscheinungen im allgemeinen grundsätzlich von den paranoischen Entwicklungen.

Ewald legt bei seiner neuesten Auffassung des Paranoiaproblems begreiflichen Wert auf den Nachweis deutlicher zirkulärer Erscheinungen bei seinen und den Kranken anderer. Stellt man sich aber auf den Standpunkt einer autochthonen labilen hypoparanoischen Konstitution, glaubt man an eine mehr oder weniger scharfe Trennbarkeit der verschiedenen autochthonen Degenerationspsychosen, so würde man kaum sehr großes Gewicht auf einen solchen Nachweis zu legen brauchen. Genau so wie man in diesem großen Krankheitskreis periodische Kopfschmerzen oder Schlaflosigkeit oder Verdauungsbeschwerden kennt, ohne daß andere Erscheinungen hervorzutreten brauchen, so könnte man an biotonische Schwankungen denken, die allein zu paranoischem Geschehen führen, manische oder melancholische Züge aber nicht durchblicken lassen müßten.

Hier sind wir aber schon wieder bei Auffassungen, die Ewald heute nicht mehr zu vertreten scheint. Ich glaube, daß keine der angezogenen Möglichkeiten der Erscheinungsfülle der Paranoia gerecht werden kann, wenn sich auch die eine oder andere Beobachtung zwanglos den Anschauungen Ewalds fügen mag. Ganz allgemein wird man dagegen zuzugeben haben, daß in manchem Falle die paranoische Bereitschaft erst im Zusammenwirken mit biotonischen Schwankungen zur Wahnentstehung führt und daß manische Wesenszüge für die Bildgestaltung und wahrscheinlich auch nicht selten für den Verlauf von großer Bedeutung sein werden; aber nicht mehr als andere psychopathische Wesenszüge auch, die, wie überhaupt die ganze Persönlichkeit der Kranken, in dem plastischen Geschehen der paranoischen Entwicklung ja zur Geltung kommen müssen. Ich möchte nicht annehmen, daß bei der Paranoia hypo-

manische Wesenszüge häufiger sind als etwa hysterische; wir begegnen ja auch Zwangsvorgängen gar nicht selten, und wir werden daraus schließen müssen, daß wir hier eben allenthalben Erscheinungen vor uns haben, die ins Bereich der konstitutionellen Erkrankungen hinüberführen, auf die „Entartung" zurückweisen. Es handelt sich um verwandtschaftliche, aber nicht genetische Beziehungen; wir werden die zutage tretenden Erscheinungen aus der Gesamtheit der Anlagen begreifen können, haben aber kein Recht, die eine Gruppe der Störungen auf die andere zurückzuführen.

Nur kurz sei darauf hingewiesen, daß auch die Erblichkeitsuntersuchungen nicht gerade für die zirkuläre Natur der paranoischen Grundstörung sprechen, da klare zirkuläre Erkrankungen in den Familien der Paranoiker zu den Seltenheiten zu gehören scheinen. Hält man an einer besonderen, zum manisch-depressiven Irresein gehörigen hypoparanoischen Konstitution fest, dann wird man allerdings die häufigen paranoischen Störungen in den Familien für diese Annahme in Anspruch nehmen können.

III. Chronisch fortschreitende und milde Paranoia.

Für den Querulantenwahn, der ja bis zur letzten Begriffsfassung Kraepelins von diesem wie von den allermeisten anderen Forschern zur Paranoia gerechnet wurde, und der lange Zeit als eine unheilbare fortschreitende Erkrankung galt, erhielt die These von der Unheilbarkeit schon 1903 durch Jolly den ersten Stoß. Dieser zeigte an der Hand eines Querulantenwahns in der Haft, daß die Krankheitserscheinungen hier verschwinden können, um allerdings auf dem Boden der gleichen Disposition bei neuen Anlässen wieder hervorzutreten. Bald darauf teilte auch Bonhoeffer ähnliche Beobachtungen an Häftlingen mit, und seine Erfahrungen wurden in unmittelbarer Folge durch Siefert und Wilmanns bestätigt. Nun gibt es zwar ein Querulieren auf der Grundlage der verschiedenartigsten Erkrankungen, also symptomatisches Querulieren, es gibt Leute, die bei den verschiedensten Gelegenheiten querulieren (Pseudoquerulanten, Aschaffenburg), ohne doch einen progressiven Querulantenwahn zu bekommen: um alle diese Erscheinungen handelte es sich aber in den fraglichen Bildern nicht, sondern eben um echte, an das Erlebnis der vermeintlichen oder tatsächlichen rechtlichen Benachteiligung anknüpfende, nicht ausschließlich charakterogen verständliche Querulanz. Und daß nicht bloß in der Haft, sondern auch in der Freiheit entstehende Erkrankungen an echtem Querulantenwahn durchaus nicht so häufig, wie man annahm, eine schlechte Prognose zeigen, hat jüngst Raecke an einem großen Material dargetan.

Treffen diese Feststellungen die neueste Begriffsfassung Kraepelins nicht mehr, so hatte doch schon 1905 Friedmann eine Reihe von Krankheitsfällen mitgeteilt, die er als „milde Paranoia" bezeichnete und in die nächste Nähe der chronischen stellte. Es handelt sich um Erkrankungen eigenartiger Menschen, die im Anschluß an ein schwerwiegendes Erlebnis auftreten, zu einer ziemlich begrenzten Wahnbildung führen, einige Jahre anhalten, um dann abzublassen und, allerdings ohne Korrektur, abzuheilen. Über ähnliche Beobachtungen berichteten später Loewy, Birnbaum und Wigert. Auch bei Gaupps Hauptlehrer Wagner kommt die eigentliche Sensitivparanoia bald nach dem dramati-

schen Höhepunkt zum Abklingen. Bjerre will gar eine Kranke psychotherapeutisch geheilt haben. Im Anschluß an Kretschmers Buch über den „sensitiven Beziehungswahn", das eine Reihe nicht fernstehender Beobachtungen enthält, hat dann vor allem Kehrer über zahlreiche Kranke berichtet, die freilich zum Teil keine besonnene Wahnbildung im Sinne der Paranoia zeigen, zum Teil aber in die Friedmannsche Gruppe gehören dürften. Auch Kraepelin und Lange haben ähnliche Fälle mitgeteilt.

Eine rein klinische Prüfung, die sich auf Krankheitsbild und Verlauf beschränkt, ließ mich an der Hand eines großen eigenen Materials und der erreichbaren Literaturbeobachtungen zeigen, daß sich scharfe Trennungslinien zwischen der chronisch-progressiven und der heilbaren Paranoia (soweit sie nicht etwa Phasen entspricht) nicht ziehen lassen, ja, daß es auch keine eigentlichen Grenzen gegenüber jener Gruppe von Kranken gibt, die Kraepelin selbst als paranoide Psychopathen beschrieben hat, jene Menschen, die, wie Mercklin sagt, zeitlebens am Rande der Paranoia gehen. Wird bei diesen Kranken die dauernde paranoide Einstellung, die sie im allgemeinen vor einer schwereren Erkrankung zu schützen scheint, doch gelegentlich von einer rasch verebbenden paranoischen Welle überhöht, so sehen wir bei anderen Kranken Ketten solcher, bei wieder anderen zunächst eine milde Paranoia im Sinne von Friedmann, der nach einem mehr oder weniger langen Zwischenraum eine paranoische Progressiventwicklung folgt. Ja solche milde paranoische Wellen sind in der Vorgeschichte der später an echter Paranoia Erkrankenden allem Anschein nach gar nicht selten. Auch Kraepelin hatte ja das Vorkommen milder Paranoiafälle mit seiner neuesten Auffassung für vereinbar gehalten.

Die Abtrennung des Querulantenwahns war wegen dessen psychogener Entstehung erfolgt, während Kraepelin die Paranoia rein aus inneren Ursachen erwachsen läßt. Die milden Paranoiaformen Friedmanns dagegen schließen sich an einen schwerwiegenden äußeren Anlaß an. Ja, schon vor Friedmann hatte man für die chronische Paranoia eine entsprechende Entstehung ganz allgemein behauptet. Zu der gleichen Zeit, als G. Specht seine Ansichten über die affektive Genese der Paranoia mitteilte, 1901, war Margulies beim Studium des Beginnes paranoischer Erkrankungen zu dem Schluß gekommen, daß die Wahnentwicklung ganz allgemein an ein gefühlsbetontes Erlebnis anknüpfe, und daß der Affekt zunächst als verständlich erscheine. Nur seine Intensität und Dauer sei pathologisch und vor allem der Umstand, daß späterhin die Wahnentwicklung auch ohne krankhaften Affekt auf Grund der gefälschten Inhalte fortgehe. Die Art der wirksamen Affekte sei keine einheitliche, sondern je nach dem Erlebnis eine ganz verschiedene.

Mit Margulies' Untersuchungsergebnissen, die sich freilich nicht auf paranoische Erkrankungen in unserem Sinne stützten, war dennoch ein wichtiger Schritt getan. Hier fanden alle die früheren Untersuchungen, insbesondere über die krankhafte Eigenbeziehung (Westphal, Cramer, Neisser, Hitzig), die allerdings wohl auch an Prozessen gewonnen waren, Anschluß. Hier gliederten sich auch Wernickes Aufstellungen zur Entstehung des Beziehungswahns aus einer „überwertigen Idee" zwanglos an, Auffassungen, die wohl die erste klare Konzeption moderner Paranoialehren waren, durch die Aufnahme in anatomisch-lokalisatorische Gedankengänge aber an Eindringlichkeit verloren.

Nach Pick, der sich Marguliés anschloß, war es vor allem Bleuler, der sich in seiner Abhandlung „Affektivität, Suggestibilität, Paranoia“ auf den Boden dieser Auffassung stellte, die Unterschiede gegenüber Specht scharf heraushob, und, im Gegensatz zu der anatomisch-physiologischen Erklärung Wernickes, die Paranoiagenese vorwiegend seelisch zu verstehen suchte. Affektbetonte Vorstellungskomplexe sind nach Bleuler der Ausgangspunkt der Wahnideen, die nach dem gleichen Mechanismus entstehen wie Irrtümer bei gemütlich erregten Gesunden. Das Krankhafte liege in der Unkorrigierbarkeit der so entstandenen Ideen, die im übrigen vielleicht auch psychologisch, durch den „Riß im Leben“ erklärbar sei.

H. W. Maiers Lehre von der Katathymie nahm dann diese Anschauungen auf, um sie einer allgemeineren Betrachtungsweise einzufügen. Wahnbildungen, wie die Inhalte anderer psychopathologischer Erscheinungen, Halluzinationen, Erinnerungstäuschungen usw., sind katathym, d. h. sie sind die Wirkungen affektbetonter Vorstellungskomplexe, deren Inhalt meistens ein Wunsch, eine Befürchtung oder eine ambivalente Strebung ist. Die katathyme Wahnbildung ist grundsätzlich verschieden von derjenigen, die auf dem Boden einer allgemeinen Affektstörung zustande kommt. „Die Psychose par excellence, bei der katathyme Wahnbildung ohne Beimischungen anderer Krankheitserscheinungen auftritt, ist die Paranoia Kraepelins.“ „Die Ursache der Symptome hat das Gemeinsame, daß die Affektivität die Logik überwinden kann, und . . . eine große Tenazität hat.“

Die weitere Entwicklung der Paranoiafrage über Kretschmers Konzeptionen hinaus scheint die Bedeutung der Katathymie weithin zu bestätigen. Einmalige bedeutsame Außenreize fand man nicht nur an der Wurzel der milden Paranoiaformen, sondern vielfach auch bei der chronischen Paranoia. Jedoch eine tiefere Analyse, die vor allem von Kehrer in unermüdlicher Arbeit angestrebt wurde, zeigte, daß die einmaligen schweren Außenreize, die für die Wahnentwicklung notwendig sind „wie für das Ei der Samen“, an Bedeutsamkeit erheblich zurücktreten vor den chronischen Lebenskonflikten, wie sie etwa in einer unbefriedigten Sexualität, ganz allgemein in der Spannung zwischen Wunsch und Erfüllungsmöglichkeiten gegeben sind. Vielfach vermag das Einzelerlebnis erst auf dem Boden dieser chronischen Konfliktlage zur Wirksamkeit zu kommen, die durch das Einzelerlebnis nur unterstrichen, plötzlich beleuchtet wird, so daß dem letzteren nur ein nachgeordneter ursächlicher Einfluß zukommt.

Einen Ausdruck findet dieses Verhältnis in der nachfolgenden Tabelle, die ich nach Durchsicht eines großen Materials gewann.

Es befinden sich	bei ? Fällen von Paranoia	bei ? Fällen von paranoischer Reaktion
Konfliktschaffende einmalige Erlebnisse	3	6
Objektiv wichtige Geschehnisse, die ihren vollen Erlebniswert auf dem Boden eines chronischen Konfliktes erhalten.	12	10
Geschehnisse, die ihren Erlebniswert ausschließlich einem chronischen Konflikt verdanken.	22	12
Keine nachweisbaren besonders bedeutsamen Erlebnisse	7	0

Die überragende Bedeutung der chronischen Konflikte, des Risses im Leben, springt in die Augen. Dabei ist ohne weiteres noch eine andere Tatsache aus der Tabelle abzulesen: einmalige Erlebnisse scheinen für die heilbaren paranoischen Erkrankungen, die „paranoischen Situationspsychosen", von größerer Wichtigkeit zu sein als für die chronischen, wenn auch bei der milden Paranoia der „Riß im Leben" als der Hintergrund der einmaligen Erlebnisse keineswegs vernachlässigt werden darf.

Bei dieser Sachlage scheint ein grundsätzlicher Unterschied zwischen den heilbaren und unheilbaren Erkrankungen, zwischen Wahnreaktionen und Wahnentwicklungen, zwischen Selbst- und Reaktiventwicklung, Situations- und Charakterpsychosen nicht mehr gegeben, und es ist Kraepelin zuzustimmen, wenn er der Abtrennung des Querulantenwahns aus diesem Grunde nur eine untergeordnete Bedeutung beimißt (siehe im übrigen unten). Dies scheint um so eher angezeigt, als zwar ein Anlaß beim Querulantenwahn nie fehlt, aber auch dieser Anlaß objektiv vielfach nahezu belanglos erscheint und zur Wirksamkeit kommt erst auf dem Hintergrund eines chronischen Lebenskonfliktes.

Immerhin wird man nicht vergessen, daß wir bei einer ganzen Reihe von chronischen paranoischen Erkrankungen weder ein objektiv bedeutsames einmaliges Erlebnis an der Wurzel des Wahns fanden, noch einen chronischen Lebenskonflikt von einer objektiven Tragweite, die über allgemeine und bei jedem einzelnen mögliche Spannungen zwischen erdenklichen Zielen und Erfüllungsmöglichkeiten hinausgingen. Wir können nun einmal nicht alle Könige, Heilige oder Liebhaber bedeutender Menschen sein.

An diesem Punkte liegt aber offenbar das Schwergewicht der Paranoia Kraepelins. Kommen hier im allgemeinen keine besonderen Erlebniswirkungen in Betracht, so werden wir bei der Frage nach der Wahngenese ohne weiteres zur Persönlichkeit der Erkrankenden geführt. Ja auch die chronischen Lebenskonflikte weisen zwar gelegentlich einmal auf rein äußere Verhältnisse hin — so wurde von Specht die Häufigkeit der Paranoia bei Volksschullehrern, von Ziehen jene bei Gouvernanten mit den besonderen Verhältnissen dieser Berufsarten in Beziehung gesetzt —, im allgemeinen haben wir die wesentlichen Voraussetzungen der Wahngenese aber in den Persönlichkeiten der Kranken selbst zu suchen. Nicht das äußere Geschehen, sondern die Art, wie erlebt wird, die Erlebensmöglichkeiten, der Charakter rückt somit in den Brennpunkt der Betrachtungen.

Dem Charakter hatte schon Krafft-Ebing eine große Bedeutung für die Paranoia zuerkannt. Die „spezielle abnorme Charakterrichtung" sei vielfach „bestimmend für die spätere spezielle Form der ‚primären Verrücktheit'", so daß diese gleichsam eine ‚Hypertrophie' des abnormen Charakters darstelle. Krafft-Ebing spricht von einer „Entwicklung der Krankheit aus dem innersten Kern der Persönlichkeit, ihrem Charakter heraus" und weist hin auf die „überwiegende Rolle, welche das unbewußte Seelenleben gegenüber der Sphäre des Bewußten bei dieser Krankheit spielt". „So sehen wir z. B., daß ein von jeher mißtrauisches, verschlossenes, die Einsamkeit liebendes Individuum eines Tages sich verfolgt wähnt, daß ein roher, reizbarer, egoistischer, in seinen Rechtsanschauungen defekter Mensch zum Querulanten wird, ein religiöser, exzentrischer der religiösen Paranoia anheimfällt." Man wird sich hier auch daran erinnern, daß schon

Sander von seinen originär Paranoischen sagt, bei ihnen entwickle sich im Laufe der psychischen Entwicklung die Krankheit, wie bei normal Veranlagten die Gesundheit.

Faßt Krafft-Ebing die Paranoia noch ganz als einen Prozeß auf, so blieb es Tiling vorbehalten, schon vor mehr als 20 Jahren die Entwicklung zumal des Querulantenwahns rein aus seelischen Voraussetzungen zu begreifen und auch sonst weithin im psychotischen Geschehen Wirkungen des Charakters zu verfolgen. Über seine Vorgänger hinaus, bei deren Erörterungen im Hintergrund immer das Bild des Querulantenwahns stand, gewann Gaupp ganz neuen Boden mit seinen Ausführungen zur „abortiven Paranoia". Er schilderte hier Menschen, die in ihrer charakterologischen Veranlagung enge Beziehungen zu den Psychasthenischen Janets zeigten, gutmütige, bescheidene, ängstliche, selbstunsichere, skrupulöse Persönlichkeiten, bei denen es wahrscheinlich im Anschluß an ein Erlebnis zu schleichender Wahnbildung auf Grund krankhafter Eigenbeziehung komme. Und zwar trage die Wahnbildung in ihrer ganzen Ausprägung die Kennzeichen der charakterologischen Grundlage, aus der sie erwachse, erscheine im eigentlichen Sinne als charakterogen, ein Wort, das zuerst Heilbronner für die Entwicklung der Querulanten verwendet hatte. Wenn es sich bei den fraglichen Kranken zum größeren Teil um Prozesse handelte, wie Kretschmer bei seinen Katamnesen erkannte, so berührt das nicht die Bedeutung der gewonnenen Einsichten. In der Tat hat hier ja Kretschmer das Problem aufgenommen und in seinem „sensitiven Beziehungswahn" ganz entscheidend gefördert. Seine Ausgangskranken sind Menschen von der Artung jener, die Gaupp gesehen hatte. Bei der Verfolgung der seelischen Wurzeln vor allem des erotischen Beziehungswahns alter Mädchen sieht Kretschmer, wie hier Erlebnis und Charakter in eigenartiger Weise zusammenwirken. „Der sensitive Beziehungswahn entsteht durch die Kumulativwirkung typischer Erlebnisse auf typische Charakteranlagen, häufig unter Mithilfe typischer sozialer Konstellationen." Dabei sind die in Frage kommenden Charaktere gekennzeichnet durch „auf der einen Seite eine außerordentliche Gemütsweichheit, Schwäche und zarte Verwundbarkeit, auf der anderen Seite aber einen gewissen Einschlag von selbstbewußtem Ehrgeiz und Eigensinn. Sie zeigen ein stark verinnerlichtes Gemütsleben, das seine nachhaltigen gespannten Affekte tief in sich verschließt, eine verfeinerte Selbstbeobachtung und Selbstkritik, eine skrupulöse Ethik und die Fähigkeit zu echtem altruistischem Empfinden". Es handelt sich um vorwiegend asthenische Menschen mit einem sthenischen Einschlag, der ihnen nicht gestattet, ganz depressiv zu resignieren, sondern sie immer wieder zwingt, ihre Insuffizienzgefühle zu überwinden. Haben solche Menschen das Erlebnis der beschämenden Insuffizienz, der ethischen Niederlage, so kommt es, infolge ihrer Affektverhaltung, zur zunächst bewußten Komplexbildung und gegebenenfalls zum sensitiven Beziehungswahn. So wird etwa ein an sich harmloses sexuelles Erlebnis bei sensitiven alternden Mädchen zum „Schlüsselerlebnis" für die sensitive Wahnbildung.

Wo, im Gegensatz zu den Sensitiven, eine vorwiegend sthenische Charakteranlage durch einen „scharfen asthenischen Gegenpol" gereizt wird, da kommt es nach Kretschmer zur expansiven Entwicklung, deren Prototyp der Querulantenwahn ist. Hier handelt es sich um „Kampfnaturen von fanatischer Zähig-

keit, von einer zornmütigen, rücksichtslos offensiven Art und einem schroffen, hochmütigen, geradezu überspannten Selbstgefühl", die aber im Innersten „einen wunden Punkt, eine überempfindliche, nervöse Verletzbarkeit, einen verborgenen Herd alter Insuffizienzgefühle" haben. Bei ihnen führt ein „empörendes Erlebnis" zur Wahnentwicklung, vielfach der „äußere Konflikt des machtlosen einzelnen mit den allmächtigen festen Ordnungen der Gesellschaft". Ressentiment und heimliche Insuffizienzgefühle wirken hier also schon am Persönlichkeitsaufbau mit. Im Grunde ist also, wenn ich Kretschmer recht verstehe, die in die Expansiventwicklung eintretende Persönlichkeit ein Ergebnis des gleichen Konfliktes, der bei weniger „sthenischen" Menschen zur Sensitivparanoia führen kann.

Endlich entsteht nach Kretschmer die „Wunschparanoia" bei vorwiegend primitiven, oder doch nicht scharf kontrastierten Menschen aus dem „phantasiegetragenen Erlebnis", so etwa der erotische Erfüllungswahn aus der Begegnung des Kranken mit einer im Wagen vorbeifahrenden Prinzessin. Späterhin spricht Kretschmer hier von „autistischen Wunscherfüllungen". Stille, verschlossene Träumer sind es vor allem, die so erkranken. Kretschmer schlägt vor, nur für diese geradlinigen Wunscherfüllungen H. W. Maiers Wort katathym zu verwenden.

Für kompliziertere Beobachtungen, die sich nicht ohne weiteres dem Rahmen seiner Aufstellungen fügen, findet Kretschmer das folgende „Grundgesetz psychopathischer Charakterologie: ‚Innerhalb eines Charakters von verschiedenen Reaktionsmöglichkeiten wird eine bestimmte krankhafte Reaktion durch das zugehörige Schlüsselerlebnis ausgelöst'".

Während Kretschmer die Sensitivparanoia erst entstehen läßt, wenn der biologische Faktor der Erschöpfung auf den Erkrankenden einwirkt und zur Inversion führt, ist bei seinen späteren Aufstellungen nicht mehr von biologischen Geschehnissen die Rede. Vielmehr liegt der Hauptnachdruck ganz auf jener Umsetzung von Charakter und spezifischem Erlebnis in die Paranoia.

IV. Haben die paranoischen Erkrankungen überhaupt wesentliche gemeinsame Grundlagen?

Hier stehen wir nun vor einer neuen Schicksalsfrage der Paranoia. Kraepelin hatte die Paranoia als den Ausdruck der Entwicklung psychischer Mißbildungen unter dem Einfluß der Lebensreize aufgefaßt. Eine einheitliche Veranlagung schien ihm vorerst noch nicht aufzeigbar; doch ist aus der Art seiner Darstellung zu schließen, daß er an eine einigermaßen einheitliche Veranlagung gedacht hat. Kretschmer hat mit der Frage der Entwicklung abnormer Persönlichkeiten Ernst gemacht. Er hat die Menschen, die an besonnenen Wahnbildungen nach Art der Paranoia erkranken, eingehend studiert und ist zu dem Schluß gekommen, daß es sich um ganz verschiedenartige Persönlichkeiten handelt, die je nach dem Charakter unter der Einwirkung ganz spezifischer Schicksale und in ganz spezifischen Formen erkranken. Der Schluß, den er aus seinen Untersuchungen zieht: „es gibt keine Paranoia, es gibt nur Paranoiker" erscheint somit durchaus folgerichtig. Die verwandtschaftlichen Beziehungen der einzelnen Formen von Paranoia gehen weit auseinander, wie Kretschmer

ausführt. „Ein sensitiver Beziehungswahn oder eine Beziehungsneurose gehört, sobald wir ätiologisch und nicht formal symptomatisch denken, viel inniger zusammen, als eine paranoische Form von Kampf- oder Wunschpsychose."

Wenn dies auch nirgends so klar und, man darf wohl sagen, so mutig ausgesprochen worden ist, wie bei Kretschmer, so müssen wir doch annehmen, daß ein großer Teil der Forscher, die sich heute mit der Paranoia auseinandersetzen, auf dem gleichen Standpunkt steht, und daß man nur aus praktischen und historischen Gründen noch von Paranoia spricht, da ja sonst rein symptomatologische Abgrenzungen gar nicht im Sinne der Zeit liegen. So faßt etwa Bumke, wohl aus rein praktischen Gründen, die Sensitiv- und die Kampfparanoia zusammen, weist auch auf die Wunschparanoia hin und betont, daß es hier die allerverschiedensten Einzeltypen, verwandtschaftlichen Beziehungen und Zusammenhänge gebe. Es erscheint angesichts aller sonstigen Arbeiten von Kehrer fast inkonsequent, wenn er die Veranlagung zu Wahnerkrankungen neuerdings einheitlich betrachtet. Gerade für ihn sind ja die seelischen Wurzeln der Paranoia, soweit sie im Charakter und den charakterologischen Schicksalsniederschlägen faßbar sind, das Ausschlaggebende. So häufig er von biologischen Geschehnissen spricht, sie erscheinen in der Ursachenrechnung doch immer nur in ihren seelisch unmittelbar faßbaren Äußerungen. „Es ist durch die möglichst restlose Erfassung der ganzen Persönlichkeit und ihres Schicksals ein volles Verständnis für Entstehung, Gestaltung und Entwicklung des Krankheitsbildes, in unserem Falle des Wahns, gewonnen." Kennt man alle seelischen Faktoren, die ganze seelische Struktur, dann kann man seines Erachtens nahezu bestimmte Voraussagen machen. Auch für Bleuler, der früher in der paranoischen Veranlagung noch erhebliche Schwierigkeiten sah, ist nach seinen neuesten Ausführungen selbst das Fortbestehen des Wahns und das krebsartige Umsichgreifen durch das Fortbestehen des Konfliktes zwischen Wunsch und Wirklichkeit erklärt, also rein seelisch faßbar.

Die Paranoia ist so zu einem psychologischen Problem geworden, bei dem Charakter im engeren Sinne und seelisches Schicksal die allein wesentliche Rolle spielen. Biologische Momente der verschiedensten Art, Erschöpfung, Traumen, endokrine Störungen, Involutionsvorgänge und anderes mehr müssen zwar im einzelnen Falle herangezogen werden, aber sie werden tatsächlich nur gebraucht, insofern sie nach der einen oder anderen Richtung hin seelisch bedeutsam werden. Es sind Idealfälle, bei denen außer einem bedeutsamen einmaligen Erlebnis nur der Charakter für die Ursachenrechnung ausreicht. Im übrigen aber ist jeder Einzelfall aus seinen besonderen Bedingungen heraus begreifbar und verständlich.

Ich glaube, daß hier irgend etwas nicht stimmt. Schon das Schicksal, das Kretschmers „sensitiver Beziehungswahn" in dem späteren Schrifttum gefunden hat, stimmt bedenklich. Ein Fall, den jüngst Langelüddeke mitgeteilt hat, zeigt, wie an das vorgezeichnete Modell Beobachtungen herangebracht werden, die ihm nicht recht angemessen sind. Auch Heidenhains schöne Rousseaumonographie scheint mir erheblich darunter zu leiden, daß hier ein Rahmen Erscheinungen aufnehmen soll, die nach allen Seiten darüber hinausquellen. Aber das sind Vorkommnisse, die uns allenthalben, wo Eindrucksvolles mitgeteilt wird, immer wieder begegnen, gegen die Richtigkeit und Fruchtbarkeit der Sache selbst aber nichts beweisen. Entscheidender fällt ins Gewicht, daß

zunächst K. Schneider eine Beobachtung veröffentlichte, die in ihrem Aufbau von dem sensitiven Beziehungswahn nicht zu unterscheiden war, jedoch ein Schlüsselerlebnis im Sinne Kretschmers vermissen ließ. Dann zeigte Kehrer die Entwicklung einer reaktiven Wahnbildung, die in ihrem Mechanismus sowohl als in der äußeren und einem Teil der inneren Erlebnisstruktur ganz dem erotischen Beziehungswahn alter Mädchen glich, jedoch eine Persönlichkeit betraf, die in ihrem Charakter sensitive Züge völlig vermissen ließ.

Wenn selbst in einem solchen gar nicht sensitiven Charakter die Möglichkeit liegt, unter besonderen Umständen „sensitiv" wahnhaft zu reagieren, so wird man daraus schließen müssen, daß Kretschmer hier allgemein menschliche psychologische Gesetzmäßigkeiten herausgestellt hat, die nur bei den Sensitiven häufiger als bei anderen zur Wirksamkeit kommen. Es liegt ja im Wesen der Scham, daß wir unsere innere Verfassung in andere Menschen projizieren, wenn wir uns überhaupt mit anderen Menschen in Beziehung setzen. Kretschmer hat uns hier in einer unerreicht feinen Art Inhalte verständlich gemacht, die wir seither allenthalben wiederfinden. Seit Nietzsche sehen wir ebenso allenthalben das Ressentiment, wir sehen, wenn wir sie nur kennen, tausend andere psychologische Gesetzmäßigkeiten, die allgemein menschlich sind, und wir verstehen, wenn es sich tatsächlich um paranoische Wahnbildungen handelt, bei hinreichender Kenntnis der Zusammenhänge jeden einzelnen Inhalt, da wir ja beim Paranoischen immer im Bereich allgemeiner menschlicher Möglichkeiten bleiben.

Ich habe versucht, dies an einer Reihe von Beispielen deutlich zu machen, so am Hauptlehrer Wagner, der ganz verschieden verstanden worden ist, an einem Beispiel Kretschmers, an dem ich zu zeigen mich bemühte, daß wir bei dem gleichen Kranken noch ganz andere Wahnbildungen „verstanden" haben würden, als tatsächlich produziert wurden. Niemals wird uns das Verständnis verlassen, wo die Einzelzusammenhänge sich im Rahmen allgemein menschlicher Befürchtungen und Hoffnungen bewegen. Damit ist aber die Form des krankhaften Erlebens, die Entstehung des Wahns, nicht verständlich gemacht. Jaspers hat ja darauf mit besonderem Nachdruck hingewiesen, und mit ihm K. Schneider und Kahn.

Dennoch wird Kretschmer und seinen Nachfolgern, insbesondere auch Bleuler, ohne weiteres zuzugeben sein, daß unser Verständnis vielfach noch weiter als bis zu den Inhalten reichen wird. Die Wahnentstehung vorausgesetzt, werden wir bei hinreichender Kenntnis der erkrankenden Persönlichkeiten vermuten dürfen, daß es hier nur zu einer kurz dauernden Reaktion, dort vielleicht zu einer chronischen Erkrankung kommen wird, daß hier das Expansive, dort das Sensitive die Oberhand behalten dürfte usw. Ich habe an meinem großen Material ja einige solcher Zusammenhänge als häufig wiederkehrend herauszuheben versucht: So erkranken die heiter lebhaften Menschen mit der „manischen Temperamentsuntermalung" allem Anschein nach recht häufig chronisch-progressiv und zeigen auch andere Eigentümlichkeiten, reiche Inhalte, weniger strenge Systematisation, während bei den typisch Selbstunsicheren Progressiverkrankungen vermißt werden. Auch Ethisch-Defekte scheinen nur an vorübergehenden paranoischen Reaktionen zu erkranken. Bei Menschen mit ausgeprägten hysterischen Zügen sind ganz starre, progressive Bildungen offenbar sehr selten.

Gelegentlich sehen wir, wie eine bis dahin progressive Entwicklung durch einen akuten hysterischen Zustand eingeschmolzen wird und anderes mehr.

Auf der anderen Seite dürften auch Erlebniswirkungen gelegentlich eine entscheidende Bedeutung erlangen. Besonders von den querulatorischen Formen der Haft ist ja bekannt, daß sie mit dem Aufhören der Detention abklingen, wenn auch meist ohne Korrektur. Überhaupt läßt sich von zahlreichen paranoischen Situationspsychosen zeigen, daß eine eingreifende Änderung der äußeren Konfliktslage der Wahnbildung ein Ende macht, während wir umgekehrt aus der Fortdauer unbehebbarer, sich dem Kranken dauernd aufdrängender äußerer Schwierigkeiten begreifen, daß die Wahnbildung nicht zur Ruhe kommt. In allen diesen Fällen läßt uns das Verständnis nicht im Stiche.

Dabei ist aber allenthalben schon vorausgesetzt, daß der Wahn bereits zustandegekommen ist. Und daß wir für die Wahnentstehung allgemein noch anderes brauchen, als was wir im Charakter und Schicksal unmittelbar fassen können, dafür sprechen besonders jene Beobachtungen, in denen die verschiedensten Wahnstrukturen nebeneinander vorkommen. Ich erinnere an den Hauptlehrer Wagner, bei dem die gesamte Weltanschauung, nicht bloß diejenige in der Reichweite der Sensitivparanoia, eine paranoische ist, ferner an Glas, der aus einem ausgeglichenen Charakter heraus nach den verschiedensten Richtungen hin sich paranoisch entwickelt, ganz ähnlich wie Kretschmers Bauernsohn K., dessen Krankengeschichte freilich entgegen Kretschmers Versprechen leider noch nicht ausführlich veröffentlicht wurde. Auch an einem Menschen, wie dem früher von mir beschriebenen Gemeindebeamten Funk, wird dies deutlich. Aber man findet Gleiches wohl allenthalben, wo man darnach sucht.

Nicht die Tatsache, daß einmal sensitiv, dann wunschparanoisch, dann kämpfend paranoisch erlebt wird, macht ernste Schwierigkeiten, sondern die andere, daß Menschen, die einmal paranoisch reagieren, es gern auch bei einer anderen Gelegenheit wieder tun. Wenn Kehrer auf meine Frage, warum im einzelnen Falle paranoisch und immer nur oder doch immer wieder paranoisch reagiert werde, antwortet, dafür eben sei das Charakterologische, das „verrückte Arrangement im System der Triebfedern" verantwortlich, so läßt sich darüber nicht streiten. Aber ich bin nicht in der Lage, gleich ihm in der besonderen Anlage des Systems der Triebfedern zugleich das Paranoische seelisch zu erkennen.

V. Paranoische Veranlagung.

Es erhebt sich damit die Frage, ob es nicht doch möglich ist, für alle paranoischen Erkrankungen gemeinsame Veranlagungsbestandteile nachzuweisen. Nach dem Vorausgehenden wird man naturgemäß nicht erwarten dürfen, im Charakterologischen wesentlich weiter zu kommen. Auch Kruegers alter Literaturbericht stimmt in dieser Hinsicht nicht hoffnungsfroh, und in neuester Zeit zeigte K. Schneider in seinen „Psychopathischen Persönlichkeiten", wie sich ein großer Teil der Wahnerkrankungen paranoischer Natur wohl um die von ihm umgrenzte Gruppe der Fanatischen gruppiert, wie aber auch von den verschiedensten anderen psychopathischen Typen her Zusammenhänge nach der Paranoia führen, von gewissen Depressiven ebenso wie von den Selbstunsicheren und den Hyperthymischen. Immerhin kann es kaum gleichgültig sein, daß so

viele Paranoiker stark ausgeprägte Charaktere zeigen, und man wird sich fragen, ob bei allen Unterschieden im einzelnen sich nicht doch vielleicht gewisse allgemeine Aufbaueigentümlichkeiten im Charakter Paranoischer aufzeigen lassen. Selbst Kretschmer spricht ja von einer psychologischen Verwandtschaft aller Paranoischen.

Auf Gemeinsames geht Bleuler aus, wenn er von dem erhöhten Selbstgefühl der Paranoiker spricht, dem irgendeine Minderwertigkeit entgegenstehe. Freilich ist er mit seiner Formulierung nicht ganz zufrieden: „Es handelt sich, genauer ausgedrückt, darum, etwas sein zu wollen, was man nicht sein kann, und zwar nicht so sehr vor anderen Menschen, als vielmehr vor sich selbst, und daß man die Schwierigkeit verdrängt." Damit haben wir es aber schon mit einem recht komplizierten seelischen Geschehen, nicht mehr mit im Charakter faßbaren Diskrepanzen zu tun. Deutlicher ist hier schon Kretschmers Formulierung von den „scharf kontrastierten" Charakteren, d. h. solchen Menschen, „wo eine vorwiegend sthenische Charakteranlage durch einen scharfen asthenischen Gegenpol gereizt wird, oder umgekehrt". Aber diese Formulierung reicht wieder für den Großteil der Wunschparanoiker nicht aus.

Die Ordnung meines eigenen Materials nach den Gesichtspunkten der Charakterologie von Klages ergab erwartungsgemäß auch nur wenig Brauchbares. „Paranoische Menschen sind offenbar vorwiegend solche vom affektiven Typ mit besonders hervorstechender Affizierbarkeit . . ., die hauptsächlich vom Selbsterhaltungstrieb beherrscht werden, und zwar im Sinne eines stark überwiegenden Egoismus unter vielfacher Betonung des Mangels an Liebe und stark persönlich gefärbter Leidenschaftlichkeit. Affizierbarkeit und Egoismus sind dabei die beiden beherrschenden Merkmale. . . Soweit es sich um Menschen vom Willenstypus handelt, treten eigentliche Energie und Tatkraft gegenüber dem mehr reaktiven Eigensinn und der passiven Zähigkeit entschieden zurück . . . Ganz schlappe widerstandslose Naturen sind zum mindesten selten . . . Eine große Zahl von Kranken wird als weltfremd, phantastisch, romantisch, verschroben, exzentrisch, eigen, abstrakt, abergläubisch bezeichnet." Es ist „hervorzuheben, daß keinem einzigen der Kranken irgendein Zug, der für eine beträchtliche Affizierbarkeit spricht, und ein Hinweis auf egozentrische Gedankenrichtung fehlt . . . . So gut wie ausnahmslos fehlt ein Zeichen für einen ausgesprochenen Sinn für Humor".

Das letztere muß ich auch heute noch Ewald gegenüber festhalten, ebenso wie die Tatsache, daß die Affizierbarkeit bei den Kranken mehr zum Ausdruck kommt, als die Stimmungsherrschaft. Ausgesprochene Temperamente sind häufig, aber eben nicht die Regel.

Kann man nach alledem wohl gewisse grobe Hauptmerkmale hervorheben, so reichen diese doch nicht aus, die paranoischen Menschen von anderen entscheidend abzuheben, um so weniger, als wir, wie wir immer wieder betonen möchten, psychiatrisch ja immer nur einen kleinen Teil der Paranoischen zu fassen vermögen.

Bleuler und Hoffmann sind der Meinung, daß es sich bei den Paranoischen um schizoide Menschen handle. Auch damit ist nicht geholfen. Wissen wir doch heute weniger denn je, was Schizoidie eigentlich ist. Gemeint werden damit auf der einen Seite Beziehungen gewisser Persönlichkeiten zu der Prozeß-

krankheit Schizophrenie, irgendeine Anlage, die beim Zustandekommen der Schizophrenie eine unumgängliche Rolle spielt, mag sie nun im seelischen Bild zum Ausdruck kommen oder nicht; ferner eine bestimmte Form seelischer Artung (Kretschmer, Hoffmann) und endlich eine besondere Reaktionsweise, eine bestimmte „Schaltung", die jedem einzelnen Menschen mehr oder weniger leicht zugänglich ist. Nur im Sinne der seelischen Artung kann bei den Paranoischen in diesem Zusammenhange die Rede sein, nicht von der allgemeinsten Bedeutung, wie sie Bleuler faßt, auch nicht im biologischen Sinne, wovon wir ja schon ausführlich gehandelt haben.

Es kommen dann im wesentlichen wohl zwei Erscheinungen in Frage, um die sich die schizoiden Eigenschaften gruppieren, einmal der Autismus, der es gestattet, „Widersprüche mit der Wirklichkeit unberücksichtigt zu lassen", dann aber die mangelnde Harmonie, die „psychästhetische Proportion". Daß eine ausgeprägte psychästhetische Proportion im Sinne Kretschmers bei den Paranoischen nicht zu den unbedingten Voraussetzungen gehört, das geht aus Beobachtungen wie dem Falle Glas einwandfrei hervor. Zuzugeben ist aber doch, daß sehr viele Paranoische, so vor allem die klassischen Vertreter der Gegensatztypen Kretschmers, wohl zu den Schizoiden gerechnet werden können. Daß Paranoische auf der anderen Seite autistisch sind, wird man vielfach erst, wenn sie begonnen haben, Wahnideen zu entwickeln, aus dem Wahne selbst entnehmen können. Das gesamte Wahngeschehen steht ja im Widerspruch zur Wirklichkeit, nur daß kaum ein anderer Geisteskranker in dem gleichen Maße wie der Paranoiker sich um die Wirklichkeit bemüht. Seine ganze Gedankenarbeit ist ja ein fortgesetzter unermüdlicher Versuch, Wahninhalte und Wirklichkeit in Einklang zu bringen, und zwar gar nicht selten in geistreicher, kluger, vollkommen logischer Weise.

Von einem gewissen Punkte an wird, wenigstens sehr häufig, wenn auch nicht immer, ganz folgerichtig und sogar wirklichkeitsgerecht gedacht; nur die Voraussetzungen sind falsch. Birnbaum sagt: „Als Paranoiagruppe lassen sich demgemäß solche Krankheitsfälle zusammenfassen, bei denen es auf einem psychologisch vorbereiteten Boden von bestimmter psychologischer Eigenart ..... zu einseitig fixierter Gefühlsbetonung und damit zu ständiger Heraushebung und inhaltlicher Verfälschung gewisser Vorstellungskreise kommt, jede weitere logische und assoziative Gedankenarbeit nun im Sinne und zugunsten dieser einseitig herausgehobenen Fehlanschauungen erfolgt, und so mit psychologischer Folgerichtigkeit sich immer weiter gehende Urteilsfälschungen entwickeln, ohne daß der Krankheitsprozeß während seines ganzen Verlaufes durch Elemente beeinträchtigt würde, die seiner eigenartigen Grundlage und seinen Mechanismen wesensfremd sind."

Hier kommen wir zu einem Grundproblem der Paranoia, nämlich der Frage, welcher Art die „gewissen Vorstellungskreise" sind, einem Problem, mit dem sich jeder auseinandersetzen mußte, der sich überhaupt eingehender mit der Paranoia befaßte. Birnbaum spricht von einer „Verschiebung der seelischen Gleichgewichtsverhältnisse" und zielt damit auf die Bildung überwertiger Ideen ab. Unter diesen aber findet sich immer wieder das paranoische Ich oder Selbst. Wir sprachen schon von Bleuler, der früher den Paranoischen ein erhöhtes Selbstgefühl zuschrieb, jetzt aber eine kompliziertere Formel findet. Auch nach

Kraepelin hätten wir ein erhöhtes Selbstgefühl bei den Paranoischen anzunehmen. Specht sieht in jedem Paranoischen einen Größenwahnsinnigen. Eine Hypertrophie oder Hyperästhesie des Ich verbunden mit einem Mangel an Selbstkritik finden Sérieux und Capgras an der Wurzel der Paranoia. Für Gadelius ist (nach Wigert) die Egozentrizität der eigentliche Ausdruck der paranoischen Disposition und die soziale Persönlichkeit ist es, die erkrankt, während nach Frey Svenson die „Eigengeltung" (Streben, den Selbstwert anderen gegenüber geltend zu machen) im Vordergrund steht, ebenso wie für Wigert, der sich ihm anschließt. Ich selbst habe Bleuler gegenüber formuliert, das Selbstgefühl sei vielfach durch einen Geltungsdrang, und zwar oft nur nach einer bestimmten Richtung hin, zu ersetzen. Bleuler ist nach seinen neuesten Ausführungen wohl der gleichen Meinung, wenn er sich auch mit meiner Formulierung nicht einverstanden erklärt, da er, entgegen einem ausdrücklichen Hinweis, das Wort Geltung in einem speziellen Sinne auslegt.

Allem Anschein nach haben alle Untersucher den gleichen Tatbestand im Auge, das Selbst der Paranoiker, in dem offenbar schon Krankhaftes zum Ausdruck kommt. Bei allen Paranoischen sehen wir den Kampf um die Geltung des Selbst, sei es des ethischen, wie bei den Sensitiven, oder des erotischen, des gesellschaftlichen, des intellektuellen oder des sonstwie inhaltlich bestimmten Selbst. Dabei handelt es sich aber nicht so sehr oder doch nicht zunächst um die Geltung vor der Außenwelt, sondern vor der eigenen Kritik. Sprechen wir, um irgendeine Bezeichnung zu haben, von „Selbstgeltung", so kommt in den meisten Fällen nicht oder doch nicht von vornherein eine erhöhte Selbstgeltung in Frage — vielfach ist der Ausgangspunkt offenbar sogar ein recht bescheidener—, das Kennzeichnende ist vielmehr, daß der Paranoische dieses Selbst als unveränderlichen starren Bezugspunkt der Außenwelt gegenüberstellt. Der Paranoische hat gewissermaßen Bestandteile seines Außenbildes in sein innerstes Ich aufgenommen, die nunmehr nicht mehr Gegenstand kritischen Denkens werden können. Sérieux und Capgras sprechen in diesem Sinne von einer „défaillance circonscrite de l'autocritique". Die Selbstgeltung ist der Bezugspunkt aller Wahnbildung, die bei den echten Paranoischen Kraepelins, langsam sich vorbereitend, schon unter dem Einfluß der gewöhnlichen nicht zu bewältigenden Lebensreize einsetzt, bei den katathymen Formen aber dann, wenn die Selbstgeltung in irgendeiner Form bedroht wird, sei es durch eine innere oder äußere Niederlage, wie sie aus der sonstigen charakterlichen Veranlagung allmählich herauswächst, sei es unter dem Einfluß schwerer Lebensschicksale.

Freilich möchten wir annehmen, daß wir hier nicht mehr einen Bestandteil der ursprünglichen paranoischen Veranlagung, sondern deren erste und nächste Wirkung vor uns haben, in der schon der gesamte Charakter des Kranken und gegebenenfalls auch ein besonderes Schicksal zum Ausdruck kommen. Für die psychologische Betrachtung scheint hier freilich die letzte Wurzel der paranoischen Wahnbildung freizuliegen. Darunter müssen wir, nicht mehr psychologisch faßbar, eine Neigung „zur Stabilisierung" voraussetzen, die eben die verkrampfte Selbstgeltung wie den Fortgang des Wahns erst ermöglicht.

Früher wollten zahlreiche Forscher bei allen Paranoischen einen gewissen Schwachsinn annehmen, bis Neisser entscheidend mit dieser These, selbst für die prozessiven Erkrankungen, aufräumte. Seither ist davon nicht mehr ernstlich

die Rede gewesen. Dagegen wurde wichtig die Angabe Bleulers, daß bei den Paranoischen irgendein Mißverhältnis zwischen Verstand und Affektivität anzunehmen sei. Er ist der Meinung, „daß beim Paranoiker die Affektivität im Verhältnis zur Festigkeit der logischen Assoziationen eine zu starke Schaltkraft besitzen müsse". Eine Schwäche der Assoziationen sei bei der übergroßen Mehrzahl der Kranken außerhalb des Wahns nicht nachzuweisen, wohl aber immer die Macht der Affektivität. Und zwar handelt es sich um eine relative Bindungsschwäche der Assoziationen, eine Schwäche der intellektuellen Funktionen, aber nicht der Intelligenz. Dromard spricht in dem gleichen Sinne von infantilen Zügen im Denken der Paranoiker, Wigert in einem glücklichen Ausdruck von einer gesteigerten „Nooplastizität" des paranoischen Denkens als einem atavistischen Symptom, das etwa Kraepelins Entwicklungshemmung entsprechen mag.

In der Tat findet sich bei Paranoischen nicht selten Fortdauer des Wachträumens mit vielfach der Wirklichkeit und greifbaren Zielen abgewandten Inhalten bis ins erwachsene Alter hinein bei gleichzeitiger Schwierigkeit, Wachdenken und Wachträumen streng zu scheiden. Ferner besteht häufig eine Neigung zu phantastischen Gedankengängen: „Mit Fragen und Ereignissen, die für den Normalen nur von der Breite der Erfahrungsbasis her angreifbar erscheinen, sucht sich der Kranke in einer Weise abzufinden, die manche Ähnlichkeit mit dem Wahngeschehen aufweist." Gerade bei den Paranoikern begegnet uns gern die „psychopathische Logik, die Unzuverlässigkeit im Gebrauche der Logik je nach der in Frage kommenden Situation" (Jaspers). Dabei steht hinter dieser Art zu denken bei den Paranoischen im Gegensatz zu den meisten Psychopathen immer die ganze Persönlichkeit. Auffallende Unklarheit, verschwommenes Denken, Kontaminationen von Gedanken bei sonst klugen Menschen sind ebenso häufige Erscheinungen, auf die auch H. W. Maier hingewiesen hat. Mitunter kommen stilistische Eigentümlichkeiten vor, eine gewisse Gewalttätigkeit in der Verwendung der Sprache, die aber mit Schizophrenem nichts zu tun hat. Alle diese Züge sind jedoch nicht regelmäßig nachzuweisen, wenn wir sie wohl auch bei Paranoischen in größerer relativer Häufigkeit antreffen als bei anderen Psychopathen. Über ihre wirkliche Häufigkeit wissen wir freilich nichts, da uns in dieser Hinsicht selten ganz ausreichende Unterlagen zur Verfügung stehen.

Im Hinblick auf somatische Befunde ist wiederholt hervorgehoben worden, daß die Paranoiker weniger dysplastische Merkmale aufweisen sollen, als die Schizophrenen. Ich selbst kann mich aus früherer Zeit an zwei Kranke mit allerdings nicht sehr hochgradigem Zwergwuchs erinnern und möchte auch nach meinen jüngsten Erfahrungen annehmen, daß feinere dysplastische Merkmale nicht gerade zu den Seltenheiten gehören.

Dafür ist auch der Umstand ins Feld zu führen, daß, wie schon Bleuler sagt, „an einer bestimmten Art sexueller Schwäche" wohl alle Paranoiker leiden. Kraepelin hat bei einigen seiner Kranken homosexuelle Neigungen gefunden, und Kleist sah bei seinen an Involutionsparanoia leidenden Kranken, die jedoch nicht zur Paranoia gehören, ausgesprochen männliche Züge. Das wird auch von Kehrer an einem großen Material von Kranken, die freilich dem Modell der Paranoia Kraepelins alle mehr oder weniger fern stehen, bestätigt. Darüber

hinaus wurde nur bei 4 von Kehrers 31 Fällen eine Beziehung der Sexualität zur Wahnbildung nicht deutlich, woraus Kehrer auf somatologische Abweichungen schließen zu dürfen meint. Bei zahlreichen Kranken fand er eine meist in die Pubertät zurückreichende „schiefe Einstellung zum Sexuellen", psychische und somatische Zeichen einer „ungewöhnlichen Sexualformel". Im übrigen läßt er auch den exogen bedingten dauernden Ausfall der normalen Entladung der Libido, ferner Frauenleiden zur Wahnbereitschaft führen. Nicht selten sind nach seinen Untersuchungen Anhaltspunkte vorhanden dafür, daß die Störungen der innersekretorischen Sexualfunktionen bereits ererbt sind.

Ich habe Kehrers Angaben an einem großen Paranoidenmaterial nachgeprüft und in der Tat zahlreiche Befunde erhoben, die im Sinne seiner Ausführungen zu deuten sind, und zwar ohne daß ein nennenswerter Unterschied zwischen paranoischen und paranoiden Prozeßkranken gegeben wäre. Nur die inhaltliche Bedeutung der Sexualvorgänge schien bei meinen Kranken wesentlich geringer als bei denen Kehrers. Zu den Hinweisen auf eine abweichende Tätigkeit der Keimdrüsen treten zahlreiche andere endokrine Erscheinungen, so einmal leichtes Myxödem, in einem Drittel der Beobachtungen Strumen, von denen die Hälfte zur Operation gekommen war, ferner pathologische Fettsucht, mehrfach extreme Magerkeit und anderes mehr. An den letzteren Befunden waren die Paranoischen weniger beteiligt als die Paranoiden. Bei jenen überwogen die Abweichungen auf dem Sexualgebiet, die vielfach zu einer Unfähigkeit führten, befriedigende erotische Dauerbindungen einzugehen, jedoch nicht bloß aus einem schwachen Sexualtrieb heraus.

Hinsichtlich der Erblichkeit weist Kehrer darauf hin, daß Jolly in 37 Familien mit affektiven Psychosen nur einmal eine chronische Paranoia gefunden habe, was gegen Spechts Annahme von hereditären Beziehungen zwischen manisch-depressivem Irresein und Paranoia spreche. Ferner erwähnt er Economos schon angeführte Untersuchungen an Querulanten, ebenso wie die Hoffmanns. Kehrers eigene Erhebungen beziehen sich vorwiegend auf paranoide Prozesse und ergeben hier auffallend häufig eine schizophrene Belastung, während er bei den von ihm abgetrennten Wahnreaktionen in der Hälfte der Fälle überhaupt keinerlei pathologische Belastung fand, in den verbleibenden Beobachtungen aber regelmäßig Belastung in „homologer Form" (paranoischer Charakter oder Psychose) zugleich mit schizoider bzw. mit schizophrener Belastung.

Bei den früher von mir zusammengestellten 91 Kranken war auffallend die Seltenheit klarer schizophrener und klarer manisch-depressiver Störungen in den Familien, während Erscheinungen paranoider und paranoischer Art ganz entschieden hervortraten. Und zwar handelte es sich um Erkrankungen, die Beziehungen zu einem der großen Formenkreise nicht ohne weiteres gestatteten. In diesem Zusammenhange ist auch auf die Familie der Berta Hempel hinzuweisen, in der leichtere paranoide Störungen bei einer ganzen Anzahl charakterlich verschiedenartiger Familienmitglieder sich fanden, ferner auf den Fall Grete von Westerterp, die eine Reihe mehr oder weniger selbständig paranoisch erkrankende Geschwister hat. Westerterps übrige Angaben sind leider zu allgemein gehalten. Doch hat auch seine sechste Kranke eine Reihe gleichartig veranlagter Verwandter.

Von Bedeutung scheint mir schließlich noch Kretschmers Hinweis, daß die Sensitivparanoia meist auf dem Boden der Erschöpfung zustande komme. Ähnliches sehen wir ja bei unserem Falle Offner. Darüber hinaus ist es eine bekannte Erfahrung, daß Zeiten der Erschöpfung für pathologische Reaktionen zugänglicher machen. Das können wir bei mißtrauischen Menschen unserer Umgebung mitunter fast gesetzmäßig beobachten. Hauptmann weist auf ähnliche Vorkommnisse bei der Menstruation hin. Dennoch wird durch solche Tatsachen im besten Falle nicht mehr erklärt, als eine gewisse, psychologisch nur auf Umwegen verständliche, erhöhte Anfälligkeit im allgemeinen, nicht die Tatsache, daß es gerade zur Entwicklung wahnhafter Ideen kommt. Zudem sind solche Vorkommnisse zum mindesten nicht allgemein nachweisbar, und ebensowenig ist, worauf es in diesem Zusammenhange allein ankommt, eine erhöhte Erschöpfbarkeit als allgemeine persönliche Eigentümlichkeit paranoischer Menschen anzusehen.

VI. Folgerungen aus der möglichen Annahme einer einheitlichen paranoischen Veranlagung.

Da wir damit rechnen müssen, daß die gefundenen allgemeinsten charakterlichen Besonderheiten nur durch eine gewisse Auslese herausgehoben worden sind, bleiben als mögliche gemeinsame Kennzeichen der paranoischen Veranlagung nur jener Mechanismus, der das eigenartige Selbstbewußtsein der Kranken entstehen läßt, dazu vielleicht die gesteigerte „Nooplastizität“ auch außerhalb des Wahns, möglicherweise eine abnorme Sexualität und endlich wahrscheinlich die Erblichkeit der speziellen paranoischen Veranlagung. Es liegt nahe, nach einem einheitlichen Bezugspunkt aller dieser Erscheinungen zu suchen. Man könnte hier etwa an die abnorme Sexualität denken, von der sich im Sinne psychoanalytischer Gedankengänge leicht Brücken zu der starren „Selbstgeltung“ der Kranken schlagen ließen. Für die Annahme Freuds von der verdrängten Homosexualität freilich finde ich keinen Anhaltspunkt. Doch ließe sich das paranoische Geschehen unter dem Begriff des Narzißmus deuten. Aber wir haben es ja kaum mit einer einheitlichen abnormen Sexualverfassung zu tun, und mit Spekulationen, die alle Widersprüche aus der Welt zu schaffen suchen, kommen wir schwerlich zu einer Förderung der Problemlage. Es läßt sich ja nicht einmal der Gedanke abweisen, daß die ursächlichen Beziehungen gerade umgekehrt sind.

Stellt man sich auf den Boden einer einheitlichen paranoischen Veranlagung mit ihrer Neigung zur Verkrampfung, zur „Stabilisierung“, so begegnet die Tatsache keinen Schwierigkeiten, daß je nach Charakter und Schicksal schon die Ausgangsstellung, das paranoische Selbst, sich ganz verschieden gestalten muß. Schon hier kommt es zu der eigentlichen „Verrückung“ der Kranken, die durch das weitere Wahngeschehen vielfach nur illustriert wird. Einheitliche Schwere der Veranlagung vorausgesetzt, werden dann auch die Unterschiede des Verlaufes aus Charakter und Schicksal verständlich. Bei der bescheidenen Ausgangsstellung der Sensitiven genügt im allgemeinen wohl eine mehr oder weniger kurz dauernde wahnhafte Reaktion, um das bedrohte Selbst zu sichern. Chronisch werden die Erkrankungen dagegen dann, wenn die „Selbstgeltung“ mit der Wirklichkeit unvereinbar ist. Bei glücklicher Veranlagung läßt sich

der Kranke mit dem Bewußtsein seiner hohen Bedeutung und der daraus verständlichen allgemeinen Widerstände der mißgünstigen Umgebung genügen, wie wir das bei vielen paranoischen Psychopathen sehen. Bei weniger glücklicher Veranlagung kommt es zum Verfolgungswahn und, vielleicht vielfach kompensatorisch, schließlich zum Größenwahn. Dem primären Größenwahn verfallen jene glücklichen Naturen, die ihre hohe Selbstgeltung bei geringer Empfindlichkeit für die Widerstände der Umgebung und mangelndem Streben nach den Gütern dieser Welt auf Gebiete hinüberretten, auf denen eine Korrektur ohnedies nicht möglich ist, so beim religiösen und Prophetenwahn, beim Erfinderwahn, ja schließlich auch bei manchem erotischen und Abstammungswahn.

Allenthalben dort, wo nicht so sehr die Anlage, als vielmehr das äußere schwere Schicksal vorübergehend die Selbstgeltung bedroht, entstehen dann Situationswahnbildungen, wenn der Konflikt in irgendeiner Form behebbar ist oder eine natürliche Bindung an bestimmte, vorübergehende Lebensphasen zeigt, wie bei den erotischen Wahnbildungen alternder Mädchen im Sinne Kretschmers und vor allem Kehrers. Nur unter besonders ungünstigen Bedingungen, sei es charakterologischer, sei es situationsmäßiger Natur (Volksschullehrer, Gouvernanten) wird es gelegentlich, auch bei nicht besonders schwerer paranoischer Veranlagung, zu chronischen Wahnbildungen kommen.

„Die beiden Reihen: Grad bzw. Ausprägung der paranoischen Veranlagung, die nicht unmittelbar in der Persönlichkeit zu fassen ist, und die Reihe Charakter und Schicksal muß man also auseinanderhalten. Ohne die paranoische Veranlagung wird auch der komplizierteste und eigenartigste Charakter unter dem verwickeltsten Schicksal nicht paranoisch erkranken; auf der anderen Seite aber ist die paranoische Veranlagung nichts als ein Material, aus denen Charakter und Schicksal die lebendigen Gestaltungen des Wahns schöpfen. Welch ungeheure Bedeutung unter Umständen dem Schicksal zukommen kann, erhellt besonders aus der großen Ähnlichkeit derjenigen Krankheitsbilder, die als Querulantenwahn zusammengefaßt werden, bei denen das Schicksal im Zusammenwirken mit einigen Charaktereigenschaften Bilder entstehen läßt, die Menschen der verschiedensten biologischen Artung, darunter auch Paranoische, einander außerordentlich ähnlich erscheinen lassen."

Die Fortdauer einer besonderen biologischen Phase, wie sie von Specht und Ewald angenommen wird, erscheint mir dabei generell nicht erforderlich, ebensowenig wie die Fortdauer oder stete Erneuerung schwerer Affekte. Vielmehr besteht die paranoische Neigung, die Neigung zur „Stabilisierung" fort, die eben alle von der Ausgangsposition her „parakritisch" gewonnenen Ergebnisse ebenso „stabilisiert", wie anfänglich die Ausgangsstellung. Der Mechanismus, der zur paranoischen Verkrampfung führt, ist nichts dem Seelenleben des Normalen an sich Fremdes. Die Ergebnisse der ersten Wahnbildung werden vielmehr behandelt, wie auf anderem Wege gewonnene unmittelbar gewisse Einsichten, an denen wir nachträglich nicht mehr zweifeln. Wie der echte Halluzinant wirklich sieht und hört, mag es sich tausendmal um Trugwahrnehmungen handeln, so weiß der Paranoiker, wie wir wissen, wenn freilich auch Irrtümer in Frage kommen. Der Fortgang des Wahnes sorgt dafür, daß auch nachträglich jeder Zweifel von innen ausgeschaltet bleibt. In dieser Hinsicht erscheinen mir klassisch einige Worte Rousseaus in den Spaziergängen. Er schreibt von

Zweifeln, die ihm ab und zu kommen. „Es sind leichte Zweifel, die meiner Seele so wenig anhaben können, als eine Feder, die in einen Strom fällt, deren Lauf ändern kann. Ich müßte mich für aufgeklärter, vernünftiger, wahrheitsliebender halten, als ich zur Zeit meiner Untersuchungen war, wenn ich diejenigen Punkte, über welche ich mein Urteil festgesetzt habe, noch einmal in Betrachtung ziehen wollte.“ Die Zweifel können ihm also nichts anhaben. Und trotzdem weiß Rousseau: „Es ist so schwer, das nicht zu glauben, was man eifrig wünscht.“ Er hält an allen seinen, wie er selbst genau weiß, mit dem „Herzen“ gewonnenen Gedanken, auch dem Wahn, fest, obgleich er feststellt: „Alles, was außer mir ist, ist mir von nun an fremd. Ich habe in dieser Welt weder Nächste noch Brüder. Ich bin auf der Erde, als wäre ich auf einen unbekannten Planeten gefallen.“

Hier gibt es kein Zurück mehr, und es handelt sich dabei nicht bloß, wie Stransky meint, und wie allem Anschein nach auch den sonstigen Meinungen entspricht, um eine Affektstabilisierung. Vielmehr kommt, wiederum nicht bloß bei jenen Größenwahnsinnigen, von denen Westerterp eine Kranke unter diesem Gesichtspunkt betrachtet, sehr häufig jene Verfassung in Frage, die im religiösen Leben der Bekehrung folgt: die Einigung, das Durchdrungensein von der gewonnenen Wahrheit, die anfangs freilich von beglückender und beseeligender Ruhe getragen und legitimiert, später aber zu etwas Selbstverständlichem wird wie jede Weltanschauung; eine neue Plattform, von der die Welt einheitlich gesehen wird, ohne daß die Grundlagen noch irgendwie erschüttert werden können. In dieser Hinsicht sind von einer sehr großen Bedeutung die Bekenntnisse Augustins. Trotz aller Gottseligkeit nach der Bekehrung, der neue Beziehungspunkt dient ebenso zur Grundlage kühlen Denkens, wie die seinerzeitige Stellungnahme in den Jahren vor der Vorbereitungszeit. Man muß freilich das Wirken des Mechanismus, der hier einmal stabilisierend eingreift, beim Paranoiker fortwirkend denken. Auch neue Wahninhalte werden so zur ruhigen Gewißheit, wie das etwa beim Falle Quast zu sehen ist, bei der eine zweifelnde Frage höchstens noch einmal neuen Inhalten, nie dagegen den alten Wahnideen gegenüber auftaucht.

Mit Affekten, die über das gesunde Maß hinausgehen, hat so der Wahnausbau vielfach nichts mehr zu tun, am allerwenigsten bei jenen Formen, die wie der religiöse Größenwahn geradlinig und widerstandslos ins Leere laufen; jedoch auch bei längeren Verläufen des Verfolgungswahns nicht, wie wir dies etwa durch Rousseau beschrieben sehen. Hier werden mit großer Selbstverständlichkeit, ohne jede Erregung, neue Verfolgungen und Zusammenhänge einfach konstatiert. Freilich werden in anderen Fällen, insbesondere bei den sensitiven Formen, immer neue Affekte lebendig. Häufig genug kann man aber sehen, wie dies erst reaktiv geschieht. Und auch bei den kämpferischen Formen wird man gelegentlich auf den Gedanken kommen, daß nicht die Erregung neue Wahnideen, sondern umgekehrt, eine neue, in aller Ruhe und Selbstverständlichkeit vollzogene wahnhafte Zusammenhangskonstruktion umgekehrt die Erregung hervortreibt.

VII. Nächste Grenzbeziehungen der Paranoia.

Wenn wir Gradunterschiede der paranoischen Veranlagung annehmen, so entspricht dies nicht nur den Erfahrungen, die wir aus der bunten Fülle paranoischer Erkrankungen selbst gewinnen. Auch in unserem eigenen Erleben finden

wir die Wurzeln des paranoischen Geschehens, je nach unserer körperlichen und seelischen Gesamtverfassung, je nach unseren äußeren Schicksalen bald mehr, bald weniger greifbar. Die paranoische Reaktionsweise scheint sich hierin von den übrigen psychopathischen Reaktionsweisen, der zwangsneurotischen, der hysterischen, nicht zu unterscheiden. Von den ausgesprochen krankhaften Graden gibt es alle Übergänge bis in den Bereich des Gesunden hinein. Wir werden daher paranoische Züge auch sonst im Bereiche psychopathischen Geschehens allenthalben antreffen müssen, und zwar häufiger und ausgeprägter als im Bereiche des Gesunden, und werden scharfe Grenzen hier nirgends gewahrt sehen. Auf der anderen Seite wird aber gerade die Betrachtung der Grenzbeziehungen manches uns klarer sehen lassen.

Von den verschiedenen Formen von Querulanten, Pseudoquerulanten (Aschaffenburg), symptomatischen, echten Querulanten, kommen in diesem Zusammenhang allein die letzteren in Frage. Es scheint mir kein Zweifel darüber möglich, daß manche Querulanten echte Paranoiker sind, und nach der Durchsicht des mir zur Verfügung stehenden Materials möchte ich annehmen, daß hier vielfach schon die Ausgangsidee eine paranoische ist und daß im Leben solcher querulatorischer Paranoiker nicht selten auch andere Wahnbildungen vorkommen. Es kann ebensowenig fraglich sein, daß es sich auch bei den nicht eigentlich paranoischen Schicksalsquerulanten um Persönlichkeitsentwicklungen handelt wie bei der Paranoia. Aber, wie etwa Wetzels berühmter Fall zeigt, von einem Querulantenwahn ist vielfach nicht zu sprechen. Wir haben es beim Beginn des Querulierens mit charakterologisch fixierten, erlebnismäßig festgelegten überwertigen Ideen zu tun. Es kommt dabei freilich zu falschen Eigenbeziehungen, zu Fehlurteilen, die mitunter wahnhaft anmuten; doch liegt auf ihnen keinesfalls das Schwergewicht. Ebensowenig wie wir unsere eigenen schiefen Affekturteile als paranoisch bezeichnen können, ist dies beim Querulanten möglich. Ich habe an anderer Stelle ausgeführt, wie hier unsere besonderen gesellschaftlichen Einrichtungen dem Kranken entgegenkommen, wie die Kette der Erlebnisse, denen der starre, rechthaberische Mensch mit dem ersten Schritte verfällt, die fortdauernden Erregungen, denen er ausgesetzt ist, die allgemein verbreiteten Vorurteile, die ihm zu Hilfe kommen, die Tatsache, daß lange Zeit hindurch ihn niemand für krank erachtet, diese Entwicklung erleichtern, für deren Zustandekommen Schicksal und Charakter in der Tat ausreichend erscheinen, ohne daß man auf eine besondere paranoische Bereitschaft zurückzugreifen brauchte. Trotz alledem sind die Beziehungen zur Paranoia dadurch enge, daß es sich hier wie dort um Persönlichkeitsentwicklungen handelt und hier wie dort Persönlichkeit und Schicksal von außerordentlicher Bedeutung sind. Nur zu einer Verrückung im engeren Sinne kommt es beim Querulanten nicht. Daß auf Grund ihres Charakters und besonderen Schicksals manche Paranoiker Querulanten werden, und umgekehrt eine geringe paranoische Bereitschaft dem Querulieren besonders reichliche neue Nahrung gibt, läßt es zu allen erdenklichen Überschneidungen der beiden Kreise kommen. Aber im Kern sind beide Gruppen ebenso zu trennen wie überwertige und Wahnideen (siehe Joßmann).

Abgesehen von den Rentenquerulanten, die unter die Schicksalsquerulanten zu rechnen sind, gibt es zweifellos auch sonst Formen des Versagens auf körper-

lichem Gebiet, die den Persönlichkeitsentwicklungen gleichzusetzen sind, progressive hypochondrische Erkrankungen. Auch hier kommt neben dem Schicksal wohl dem Charakter die wesentliche Bedeutung zu. Die Quellen, aus denen sich diese Art von Entwicklungen sonst noch speisen, lassen sich mit dem Wahn auf eine gewisse Stufe stellen. Der Körper realisiert jede Befürchtung, „stabilisiert" jede Beschwerde, die im Sinne der Entwicklung gebraucht wird. Es nimmt nicht wunder, daß auch diese Form in fließenden Übergängen mit den paranoischen Entwicklungen verbunden ist. So werden einmal manche Paranoische im Kampfe mit dem Schicksal auf dem Wege hypochondrischer Entwicklung der Hilfe teilhaftig, die ihnen bisher fehlte. Auf der anderen Seite sehen wir manchen paranoisch begabten Hypochonder im Kampfe um die Krankheit sich paranoisch umstellen. Ich kenne einen solchen Menschen, bei dem zu allem Überfluß der hypochondrischen Entwicklung eine erotische paranoische Episode vorausging.

Wenn es einzelne in der Haft entstehende echte paranoische Entwicklungen gibt, so ändert dies nichts an der Tatsache, daß das Gros der paranoiden Störungen der Haft von der Paranoia abgetrennt werden muß. Birnbaum hat ja mit allem Nachdruck die grundsätzlichen Unterschiede zwischen den wahnhaften Einbildungen und der Paranoia herausgehoben, die sich in Inhalten wie Ausgestaltung, Art des Zustandekommens wie Tiefe der Verankerung usw. wesentlich voneinander unterscheiden. Vielfach handelt es sich um „Spiegelfechtereien" (Foersterling), ja um rein hysterische Geschehnisse, die mit fließenden Übergängen in der reinen Verstellung ausmünden. Freilich werden wir in den Ausläufern auch zwischen den wahnhaften Zweckbildungen der Häftlinge und vor allem der Größenparanoia von hysterisch veranlagten Paranoischen fließende Übergänge sehen.

Die besonnenen Halluzinosen der Haft lassen wegen ihrer ganz anderen affektiven Verankerung, ihrer Entstehung aus einem dem prozessiven Geschehen gleichenden Beginn, ihren Halluzinationen usw. einen ganz anderen Aufbau erkennen. In der Tat sind es ja vielfach körperliche Störungen, die zu der Krankheit hinüberführen. Die Veranlagung dürfte hier vielfach eine Schizoidie im engeren Sinne sein.

Daß auch echte paranoische Erkrankungen, die in und vor der Haft ausgebrochen sind, unechte Züge entwickeln können, daß das Haftmilieu modifizierend auf das Krankheitsbild einzuwirken vermag (Halluzinationen, Haftkomplex) habe ich gelegentlich früher erwähnt. Hier treten Bedingungen an den Kranken heran, die, mit den zur paranoischen Entwicklung führenden inneren Konflikten unvergleichbar, auch anders beantwortet werden. Es leuchtet dabei eine willentliche Einstellung immer durch.

Deshalb erscheint mir die Heranziehung der Haftparanoia durch Schulte für die Theorie der paranoischen Wahnbildung ebensowenig glücklich wie die Bezugnahme auf das Paranoid der Schwerhörigen und Sprachisolierten (Allers, Herrschmann, K. Schneider). Schon phänomenologisch unterscheiden sich diese Bilder im allgemeinen doch wesentlich von den paranoischen Erkrankungen. Bei den Schwerhörigen ist es nur das Mißtrauen, das in verständlicher Weise, übrigens längst nicht so häufig wie im allgemeinen angenommen (Mercklin), zu ausgedehnteren paranoiden Einstellungen führt. Aber im allgemeinen gilt

diese generell der gesamten Umgebung, zeigt nicht die katathyme paranoische Entwicklung. Geschlossene Wahnbildungen paranoischer Art kommen wohl auch hier nur bei im engsten Sinne paranoisch Disponierten vor, ebenso wie sich gelegentlich an eine Blindheit bei einem paranoisch Veranlagten eine paranoische Entwicklung anschließen kann (Többen). Ich habe bei Schwerhörigen solche Formen gesehen, die auch durch andere als erwartungsgemäße typische Wahnbildungen einen Nachweis ihrer paranoischen Bereitschaft gestatteten. Mercklin hat in dieser Frage sehr bemerkenswerte Mitteilungen gemacht.

Bei den Sprachisolierten handelt es sich offenbar vielmehr um primäre ängstliche Erregungen mit „holothymer" Wahnbildung als um katathyme wahnhafte Reaktionen, ganz abgesehen von dem stürmischeren Verlauf und der Symptomatologie.

Nach einer ganz anderen Richtung hin liegen möglicherweise Grenzbeziehungen der Paranoia zu den prozessiven Erkrankungen. Ist die Annahme berechtigt, daß bei den zunächst unter paranoischen Bildern verlaufenden paranoiden Prozessen im Rahmen der Schizophrenie eine paranoische Veranlagung wesentlich ist, so würde man auch nach diesen Richtungen hin von sehr nahen Grenzbeziehungen sprechen dürfen. Man könnte annehmen, daß es sich hier um paranoische Bereitschaften handelt, die aus sich heraus und unter der Einwirkung gewöhnlicher Lebensreize nicht zur Wahnentwicklung zu führen vermögen, bei dem Einsetzen leichtester Prozesse aber sofort hervortreten und zunächst die Bildgestaltung maßgebend beeinflussen. Entsprechend nahe wären dann wohl auch die Beziehungen der Paranoia zu jenen Krankheitsformen, die Kleist als Involutionsparanoia zusammenfaßt, nur daß wir hier nicht schizophrene als vielmehr involutive Prozesse voraussetzen müssen. Es würden sich daran alle anderen Prozesse anschließen. Doch wird man immer damit rechnen müssen, daß gelegentlich die paranoische Bereitschaft durch den Prozeß erst geschaffen wird.

Mögliche Auffassungen der Paranoia.

Es ist eine Erfahrungstatsache, daß paranoische Episoden uns nicht ganz selten im Verlaufe aller möglicher endogener und exogener Erkrankungen begegnen, ja, daß es auf dem Boden andersartiger Prozesse mitunter zu Verläufen kommt, die lange Zeit hindurch den Eindruck paranoischer Persönlichkeitsentwicklungen machen. Von den mehr vorübergehenden paranoischen Syndromen sind am bekanntesten jene bei einwandfreien zirkulären Störungen, bei Schizophrenien und Paraphrenien, endlich bei Vergiftungen. Aber sie kommen auch als Ausläufer von Infektionspsychosen, von epileptischen Dämmerzuständen, bei senilen und arteriosklerotischen Erkrankungen wie bei luetischen und metaluetischen Prozessen vor.

Hier bestehen allenthalben keine Einordnungsschwierigkeiten. Anders liegen die Verhältnisse dagegen, wenn man Krankheitsbilder ins Auge faßt, wie sie Lähr und Freyberg, neuerdings Wigert und Ewald bei Manisch-Depressiven, Westerterp, vielleicht auch Jaspers, endlich besonders Haas bei Prozeßkranken, die im weiteren Sinne wohl zur Schizophrenie gehören dürften, beschrieben haben. In ähnlicher Weise können allem Anschein nach

im Präsenium entstehende involutive Prozesse (Seelert) zu langdauernden paranoischen Verläufen führen. Kretschmer hat gezeigt, daß Hirntraumen gelegentlich einen ähnlichen Erfolg haben, Guttmann, daß unter Umständen auch der Encephalitis epidemica einmal eine solche Rolle zukommen kann.

Neben allen diesen Erkrankungen, bei denen das paranoische Geschehen der Ausdruck klar erkennbarer anderweitiger psychotischer Vorgänge ist, kennen wir nur solche, die sich in einer paranoischen Entwicklung zu erschöpfen scheinen, den Nachweis tiefergreifender Krankheitsvorgänge aber nicht gestatten. Da solche Krankheitsfälle, die zunächst lediglich als krankhafte Entwicklungen abartiger Menschen erscheinen, nicht gerade häufig in klinische Beobachtung kommen, da uns nachweislich immer wieder, wenn auch selten (Bleuler), Fehldiagnosen unterlaufen, ist gegenüber der Annahme, es handle sich hier allenthalben eben doch um die Wirkungen anderweitiger, dem Nachweis nur nicht zugänglicher Prozesse, ein grundsätzlicher Einwand nicht möglich. In der Tat vermögen wir eine Paranoia ja immer nur per exclusionem zu diagnostizieren. Neben Verfechtern der Lehre, daß es sich bei der Paranoia um milde zirkuläre Erkrankungen besonderer Charaktere handle (Ewald), nehmen andere Forscher die paranoischen Entwicklungen als milde Schizophrenien in Anspruch. Wieder andere setzen grundsätzlich die allerverschiedensten biologischen Vorgänge voraus. Überzeugende Beweise lassen sich, wie oben ausgeführt, für diese Annahmen nicht erbringen. Wir kommen aber nicht um die Tatsache herum, daß sie möglich sind und von gewichtigen Stimmen vertreten werden. Nach diesen Anschauungen würde also ganz allgemein die Paranoia als Syndrom zu betrachten sein, das, ohne selbständige Bedeutung, immer erst auf dem Boden tiefergreifender biologischer Prozesse zur Entwicklung kommt.

Damit würde sich sogleich die Frage ergeben, ob wir im paranoischen Geschehen ein Syndrom zu erblicken haben, das dem Wesen nach den übrigen klarer abgrenzbaren Syndromen, etwa dem manischen, dem katatonen, dem oneiroiden, entspricht. Mit dem Wort Syndrom verbinden wir ja eine Reihe bestimmter Vorstellungen: so, daß wir den Ausdruck allgemein menschlicher präformierter Reaktionsweisen vor uns haben, deren besondere Ansprechbarkeit erblich sein kann, und die auf gleiche biologische Vorgänge, vielleicht auch auf besondere Auslösungsstätten im Hirn, zurückweisen.

Ist das Paranoische ein Syndrom in diesem Sinne? Aus der neueren Entwicklung der Paranoialehre wäre eine solche Annahme kaum zu stützen. Hier wird das paranoische Geschehen vorwiegend aus der Umsetzung von Charakter und Erlebnis verstanden, die Wirkung der Krankheitsprozesse also sinngemäß in einer Abänderung der Persönlichkeit gesucht. Bei jeder einzelnen besonnenen Wahnbildung wäre so die Ursachenrechnung eine ganz und gar verschiedene, der Begriff paranoisch aber ein rein symptomatologischer und nur aus Zweckmäßigkeitsgründen haltbarer. Damit entfiele die Möglichkeit, das paranoische Syndrom den anderen gleichzusetzen.

Eine solche Annahme ist nicht sicher zu widerlegen. Immerhin gibt es Anhaltspunkte dafür, daß dem paranoischen Syndrom doch vielleicht eine einheitliche Grundlage entsprechen könnte. Vor allem die Tatsache der Erblichkeit paranoischen Wesens unabhängig von auffallenden Charakterähnlichkeiten läßt sich hier anführen, ferner der Umstand, daß gelegentlich ein organischer Krank-

heitsprozeß, der keinerlei greifbare Charakterveränderung erzeugt, doch eine paranoische Bereitschaft mit sich zu bringen scheint (Guttmann). Auch gewisse klinische Gemeinsamkeiten (allgemeinste Charakteraufbaueigentümlichkeiten, gesteigerte „Nooplastizität", abnorme Sexualverfassung) lassen sich in diesem Sinne deuten. Damit aber würde das paranoische Syndrom in die Reihe der übrigen rücken und wir kämen zu der Annahme einer besonderen präformierten Reaktionsweise, die durch die verschiedensten biologischen Geschehnisse aus einer mehr oder weniger einheitlichen Anlage herausgeholt und von sich aus spezifisch den weiteren Verlauf bestimmen würde, solange der Krankheitsprozeß nicht weitere Mechanismen in Bewegung setzt.

Grundsätzlich anders ist die heute von vielen Forschern vertretene Anschauung, nach der es sich in den reinen Fällen von Paranoia um die Entwicklung abartiger Persönlichkeiten ohne Mitwirkung anderer als der gewöhnlichen Lebensreize oder höchstens besonderer Schicksale handelt. Auch hier wird man sofort zu fragen haben, ob in diese Entwicklung nur bestimmte seelische Mißbildungen eintreten, die zum mindesten gewisse wesentliche Veranlagungsbestandteile gemeinsam haben, oder ob wir in den paranoischen Entwicklungen nur symptomatisch Ähnliches vor uns haben, das unter den allerverschiedensten Bedingungen bei Menschen zum Vorschein kommt, die in der Anlage keine Gemeinsamkeiten aufzuweisen brauchen.

Weder für die eine noch für die andere Annahme lassen sich bindende Beweise erbringen. Auf der einen Seite ist es besonders Kretschmer, der eine einheitliche paranoische Veranlagung mit Nachdruck ablehnt und die Wahnbildung als den Ausfluß von Einwirkungen jeweils spezifischer Erlebnisse auf spezifische Charakteranlagen auffaßt, im übrigen aber nur auswechselbare Hilfsursachen braucht. Der gleichen Meinung scheint Kehrer zu sein, ebenso wie etwa Bumke, Wigert, Westerterp, Gaupp. Es ist in der Tat nicht zu leugnen, daß insbesondere die Darstellung der Entstehungsgeschichte des sensitiven Beziehungswahns, die wir Kretschmer verdanken, nur schwer eine Lücke aufzeigen läßt, zu deren Ausfüllung eine besondere paranoische Bereitschaft nötig wäre. Ebenso wird man der Tatsache zustimmen, daß eine „autistische Wunscherfüllung" und eine Sensitivparanoia denkbar verschieden erscheinen.

Dennoch kommt — Kretschmer hat dies selbst gezeigt — nicht ganz selten eine sensitive Wahnbildung neben einer „autistischen Wunscherfüllung" bei dem gleichen Menschen zur Entwicklung. Oder aber eine sensitive Situationspsychose mündet in eine progressive Kampfparanoia aus. Paranoische Menschen reagieren immer wieder paranoisch. Dazu zeigt eine gemeinsame Betrachtung paranoischer Entwicklungen und Situationspsychosen von paranoischem Charakter, daß, wie schon oben erwähnt, alle in Frage stehenden Persönlichkeiten gewisse Gemeinsamkeiten und auch eine erbliche Verwandtschaft haben. Aus diesen Tatsachen würde sich aber die Annahme einer einheitlichen paranoischen Bereitschaft begründen lassen, die im Zusammenwirken mit den verschiedensten Charakteren und Schicksalen zu der bunten Fülle der im Rahmen der Paranoia zusammenzufassenden Gestaltungen führt. Eine solche paranoische Veranlagung würde sich unter dem Gesichtspunkt der entwicklungsgeschichtlichen Gedanken betrachten lassen, wie sie von Kraepelin, Wigert und anderen vertreten werden.

Scharfe Trennungslinien wären gegenüber anderen abnormen Veranlagungen schon deshalb nicht zu ziehen, weil wir mit den verschiedensten Graden der paranoischen Bereitschaft zu rechnen hätten, die mit allen Übergängen sich in der Breite des Gesunden verlieren. Wir würden in der paranoischen Bereitschaft überhaupt nur die Verstärkung einer an sich allgemein verbreiteten menschlichen Reaktionsweise zu sehen haben, die, wie alle anderen „degenerativen" Bereitschaften auch, sich mit dieser oder jener anderen abartigen Erscheinung verbinden und so u. a. zu Gestaltungen führen könnte, wie sie der Erlanger Schule zur Grundlage ihrer Anschauungen dienen oder aber eine scharfe Trennung von Querulantenwahn und Paranoia erschweren.

Eine solche Anschauung liegt im Keim wohl schon den Auffassungen Kraepelins zugrunde. Wir dürfen sie aber auch bei Stransky vermuten und insbesondere bei Gadelius, der einen einheitlichen, durch Egozentrizität gekennzeichneten, paranoischen Kreis neben den manisch-depressiven und schizoiden stellt.

Die Annahme einer besonderen paranoischen Bereitschaft verträgt sich auch mit der Möglichkeit, daß sie gelegentlich erst durch Krankheitsprozesse geschaffen wird. Die Erfahrungen der Encephalitis epidemica zeigen ja, daß organische Hirnprozesse ursprünglich gesunde Persönlichkeiten im Sinne bekannter anlagemäßiger Psychopathien abändern können. Wir hätten damit von den konstitutionellen prozessiv entstandene Formen paranoischer Bereitschaft zu unterscheiden. Auf der anderen Seite ließe sich auch die Tatsache erklären, daß wir nicht selten unter dem Einflusse der Involution, der Erschöpfung und anderer biologischer Vorgänge eine von jeher bestehende, aber zur selbständigen Wahnentstehung nicht ausreichend ausgeprägte paranoische Veranlagung erstmals in Erscheinung treten sehen. Daß auch bei dieser Annahme jeder einzelne Krankheitsfall eine Berücksichtigung der allerverschiedensten ursächlichen Bedingungen, eine Betrachtung von den abweichendsten Gesichtspunkten aus erfordert, darauf braucht kaum hingewiesen zu werden.

Wir stehen heute ebenso wie vor dreißig Jahren mitten in der Paranoifrage. Die Probleme von heute liegen aber doch in einer ganz anderen Ebene. Hat schon die Entwicklung der letzten Jahrzehnte neben neuen fruchtbaren Fragestellungen manche gesicherte Erkenntnis gebracht, so erscheint auch heute noch die Verfolgung aller der bezeichneten möglichen Wege so fruchtbar wie je. Wir brauchen nur stetig vorwärts zu gehen, um neuen Gewinns sicher zu sein.

Literatur.

A.

Albrecht: Zur Symptomatologie der Dementia praecox. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 62, 1905, 659.

Allers: Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung. (Der Verfolgungswahn der sprachlich Isolierten.) Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 60, 1920, 281.

Aschaffenburg: Handbuch der Psychiatrie: Allgemeine Symptomatologie der Psychosen. Leipzig und Wien 1915.

— — Querulanten und Pseudoquerulanten. Münchner Med. Wochenschr., 51, 1904, 776.

— — Geltungsbedürftige und Geltungssüchtige. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 88, 1924, 601.

Augustin: Bekenntnisse.

B.

Banse: Zur Klinik der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 11, 1912, 91.

Birnbaum: Psychosen mit Wahnbildung und wahnhafte Einbildungen bei Degenerierten. Halle 1908.

— — Zur Lehre von den degenerativen Wahnbildungen. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 66, 1909, 19.

— — Pathologische Überwertigkeit und Wahnbildung. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 37, 1915, 39.

— — Zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 29, 1915, 305.

— — Der Aufbau der Psychose. Berlin 1923.

Bjerre: Zur Radikalbehandlung der chronischen Paranoia. Jahrb. f. psychoanal. u. psychopathol. Forsch., 3, 1912, 795.

Bleuler: Affektivität, Suggestibilität, Paranoia, I. Aufl. Halle 1906; II. Aufl., 1926.

— — Lehrbuch der Psychiatrie, III. Aufl. Berlin 1920.

— — Über periodischen Wahnsinn. Psychiatr.-neurol. Wochenschr., 4, 1902, 121.

Bödecker: Über die Begrenzung der Paranoia. Referat, Allgem. Zeitschr. f. Psych., 50, 1894, 1104.

Böge: Die periodische Paranoia. Arch. f. Psychiatr., 43, 1908, 299.

Bonhoeffer: Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Samml. zwangl. Abhandl. a. d. Geb. d. Nerven- u. Geisteskrankh., 7, H. 6.

Bostroem: Die expansive Autopsychose durch autochthone Ideen (Wernicke) und ihre klinische Stellung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 60, 1920, 213.

— — Zur Frage des Schizoids. Arch. f. Psych., 77, 1926, 32.

Brie: Über Eifersuchtswahn. Psychiatr.-neurol. Wochenschr., 3, 1901, 271.

Buder: Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 69, 1912, 492.

Bumke: Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr., 32, 1909, 381.

— — Lehrbuch der Geisteskrankheiten. Berlin 1924, II. Aufl.

C.

Cramer: Über die Begrenzung der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 50, 1894, 1104.

— — Abgrenzung und Differentialdiagnose der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 51, 1895, 286.

D.

Dromard: Zitiert nach Kraepelin.
Dupré-Logre: Les délires d'imagination. L'Encephale 1911, S. 209.

E.

Economo, v.: Die hereditären Verhältnisse der Paranoia querulans. Jahrb. f. Psychiatr., 36, 1914, S. 418.
Eisath: Paranoia, Querulantenwahn und Paraphrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 29, 1915, 15.
— — Paranoider Symptomenkomplex und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 41, 1918, 229.
Ennen: Paranoia oder manisch-depressives Irresein. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 68, 1911, 728.
Ewald: Paranoia und manisch-depressives Irresein. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 49, 1919, 270.
— — Charakter, Konstitution und Aufbau des manisch-melancholischen Irreseins. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 71, 1921, 1.
— — Temperament und Charakter. Berlin 1924.
— — Das manische Element in der Paranoia. Arch. f. Psych., 75, 1925, 665.

F.

Fontheim: Über einige Fälle von Paranoia chronica simplex. Inaug.-Dissert., Göttingen 1904.
Foersterling: Über die paranoiden Reaktionen in der Haft. Berlin 1923.
Freud: Psychoanalytische Bemerkungen über einen autobiographischen Fall von Paranoia (Dementia paranoides). Jahrb. f. psychoanalyt. u. psychopathol. Forsch., 3, 1911.
— — Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse. Leipzig und Wien 1917.
Freyberg: Ein Fall chronischer Paranoia mit Ausgang in Heilung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 58, 1902, 29.
Friedmann: Über den Wahn. Wiesbaden 1894.
— — Beiträge zur Lehre von der Paranoia. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol., 17, 1905, 467.
— — Über die Psychologie der Eifersucht. Wiesbaden 1911.
Fritsch: Die Verwirrtheit. Jahrb. f. Psychiatr., 2, 1889, 27.

G.

Gadelius: Zitiert nach Wigert.
Gaupp: Über paranoische Veranlagung und abortive Paranoia. Zentralbl. f. Nervenheilkunde u. Psychiatr., 1910, 65.
— — Zur Psychologie des Massenmordes. Hauptlehrer Wagner von Degerloch. Berlin 1914.
— — Der Fall Wagner. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 60, 1920, 312.
— — Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den „Wahn". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 69, 1921, 182.
— — Paranoia. Klin. Wochenschr., 3, 1924, 1201.
Geier: Zur Lehre von der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 79, 1922, 180.
Gierlich: Über periodische Paranoia. Arch. f. Psychiatr., 40, 1905.
Griesinger: Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Braunschweig 1876.
— — Gesammelte Abhandlungen, I. Berlin 1872, S. 127.
Gutsch: Beitrag zur Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 38, 1918, 286.
Guttmann: Paranoische Syndrome bei Spätencephalitis. Münchener Med. Wochenschr., 1926.

H.

Heidenhain: J. J. Rousseau, Persönlichkeit, Philosophie und Psychose. München 1924.
Heilbronner: Hysterie und Querulantenwahn. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych., 30, 1907, 769.
Heinroth: Zitiert nach Werner.

Herrschmann: Bemerkungen zu der Arbeit von Rudolf Allers: „Über psychogene Störungen in sprachfremder Umgebung". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 66, 1921, 346.
Hitzig: Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.
Hoesslin, v.: Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 18, 1913, 363.
Hoffmann: Zitiert nach Cramer.
Hoffmann, H.: Vererbung und Seelenleben. Berlin 1922.
— — Die Nachkommenschaft bei endogenen Psychosen. Berlin 1921.
— — Erbbiologische Persönlichkeitsanalyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 88, 1924, 434.
Hübner: Klinisches über Querulanten. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referat 3, 1911, 471.

I.

Immerwahr: Beitrag zur Lehre vom Aufbau der Wahnkrankheiten (erotische Wahnbildungen). Inaug.-Dissert., Breslau 1924.

J.

James: Die religiöse Erfahrung in ihrer Mannigfaltigkeit, 1905.
Jaspers: Eifersuchtswahn. Ein Beitrag zur Frage: „Entwicklung einer Persönlichkeit" oder „Prozeß?" Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 1, 1910, 567.
— — Allgemeine Psychopathologie, 3. Aufl. Berlin 1923.
— — Referat über Kretschmers „Sensitiven Beziehungswahn". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referat 18, 1919, 123.
Jastrowitz: In der Diskussion zu Cramers Paranoiareferat. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 51, 1895, 178.
Jelgersma: Das System der Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 13, 1912, 17.
Jolly: Diskussion zu Cramers Paranoiareferat. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 51, 1895, 178.
— — Degenerationspsychose und Paranoia. Charité-Annalen, 27, 1903.
— — Die Heredität der Psychosen. Archiv f. Psychiatr., 52, 1913, 377.
Joßmann: Das Problem der Überwertigkeit. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 64, 1921, 1.

K.

Kahlbaum: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten. Danzig 1863.
Kahn: Schizoid und Schizophrenie im Erbgang. Berlin 1923.
— — Referat über den „Sensitiven Beziehungswahn". Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referat 20, 1920, 69.
— — Diskussionsbemerkung. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 36, 1924, 263.
Kéraval: L'idée fixe. Archives de neurologie, Serie 8, 1.
Kehrer: Erotische Wahnbildungen sexuell unbefriedigter weiblicher Wesen. Arch. f. Psychiatr., 65, 1922, 315.
— — Der Fall Arnold. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 74, 1922, 155.
— — Über Spiritismus, Hypnotismus, Aberglaube und Wahn. Arch. f. Psychiatr., 66, 1922, 381.
— — u. S. Fischer: Modell einer klinisch-experimentellen Pathographie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 85, 1923. 315.
Kehrer-Kretschmer: Veranlagung zu seelischen Störungen. Berlin 1924.
Kjellberg: Zitiert nach Wigert.
Klages: Prinzipien der Charakterologie. Leipzig 1920.
Kleist: Die Streitfrage der akuten Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 5, 1911, 366.
— — Die Involutionsparanoia. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 70, 1913, 1.
— — Berichte über endogene Verblödungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., Referat, 17, 1919, 263.
— — Autochthone Degenerationspsychose. Neurol. Zentralbl., 39, 1920, 743.
Klippstein: Über die hebephrenischen Formen der Dementia praecox Kraepelins. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 63, 1906.

Köppen: Zur Lehre von den überwertigen Ideen und über die Beziehung derselben zum Querulantenwahn. Allgem. Zeitschr. f. Psych., 51, 1895, 998.
Kraepelin: Psychiatrie, III., IV., V., VI., VII. und VIII. Aufl., 1889 bis 1915.
— — Über paranoide Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., 11, 1912, 617.
— — Die Abgrenzung der Paranoia. Neurol. Zentralbl., 1892.
Krafft-Ebing, v.: „Lehrbuch der Psychiatrie." 5. Aufl., 1893.
Kreischgauer: Zur Frage der Vererbung von Geisteskrankheiten, Inaug.-Dissert., Freiburg 1909.
Kretschmer: Der sensitive Beziehungswahn. Berlin 1918.
— — Körperbau und Charakter. Berlin 1921.
— — Über psychogene Wahnbildung bei traumatischer Hirnschwäche. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 45, 1919, 272.
— — Medizinische Psychologie, III. Aufl., 1926.
Krueger: Die Paranoia. Berlin 1917.

L.

Lähr: Zwei atypische Fälle von zirkulärem Irresein. Schweizerhof, 3. Bericht, 1903, 59.
Lange: Katatonische Erscheinungen im Rahmen manischer Erkrankungen. Berlin 1922.
— — Der Fall Berta Hempel. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 85, 1923, 170.
— — Über die Paranoia und die paranoische Veranlagung. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 94, 1924, 85.
— — Genealogische Untersuchungen an einer Bauernsippschaft. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 97, 1925, 329.
— — Zur Frage des schizophrenen Reaktionstyps. Münchener Med. Wochenschr., 1926.
Langelüddeke: Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 84, 1926, 304.
Linke: Zur Pathogenese des Beachtungswahns. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 53, 1897, 562.
Loewy: Das Krankheitsbild der überwertigen Idee und die chronische Paranoia. Lotos, 56, H. 5.
— — Beitrag zur Lehre vom Querulantenwahn. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr., 1910, 81.

M.

Magenau: Verlaufsformen paranoider Psychosen der Schizophrenie. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 79, 1922, 463.
Magnan: Psychiatrische Vorlesungen. Leipzig 1891—1893.
Maier, H. W., Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 13, 1912, 555.
Margulies: Die primäre Bedeutung der Affekte im ersten Stadium der Paranoia. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 10, 1901, 265.
Mayer, W., Über paraphrene Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 71, 1921, 187.
Mendel: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 51, 1895, 178.
— — Über Paranoia periodica. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 44, 1888, 666.
Mercklin: Bemerkungen zur Paranoiafrage. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr., 1909.
— — Studien über die primäre Verrücktheit. Dorpat 1879.
— — Über das Mißtrauen und den sogenannten Verfolgungswahn der Schwerhörigen. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 74, 1918, 410.
Meyer, E.: Beiträge zur Kenntnis des Eifersuchtswahns. Arch. f. Psychiatr., 46, 1910, 410.
— — Über Eifersuchtswahn, insbesondere seine Beziehung zum manisch-depressiven Irresein. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 25, 1921, 518.
Meynert: Die akute (halluzinatorische) Form des Wahnsinns und ihr Verlauf. Jahrbuch f. Psychiatr., 2, 1889, 181.
Moeli: Diskussionsbemerkung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 51, 1895, 178.

N.

Nitsche: Über chronisch-manische Zustände. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 67, 1910, 36.

P.

Pick: Zur Lehre von den initialen Erscheinungen der Paranoia. Neurol. Centralbl., 1902, 2.

Plaut: Über Halluzinosen der Syphilitiker. Berlin 1913.

R.

Raecke: Über Querulantenwahn. Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 38, 1924, 205, u. Archiv f. Psychiatr., 73, 1925, 186.

Reichardt: Allgemeine und spezielle Psychiatrie, II. Aufl., 1918.

Reiß: Über formale Persönlichkeitswandlung als Folge veränderter Milieubedingungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 70, 1921, 55.

Rousseau: Spaziergänge. (Deutsch, München, Strobl, 1783.)

Rüdin: Über die klinischen Formen der Gefängnispsychosen. Allgem. Zeitschr. f Psychiatr., 58, 1901, 447.

— — Über die klinischen Formen der Seelenstörungen bei zu lebenslänglicher Zuchthausstrafe Verurteilten. München 1909.

S.

Saiz: Dementia praecox und Paranoia halluzinatoria chronica. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 68, 1911, 444.

Sandberg: Zur Psychopathologie der chronischen Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 52, 1896, 619.

Sander: Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit. Archiv f. Psychiatr., 1, 1868, 387.

Schneider, H.: Ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 60, 1903, 65.

Schneider, K.: Zur Frage des sensitiven Beziehungswahns. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 59, 1920, 51.

— — Die psychopathischen Persönlichkeiten. Leipzig-Wien 1923.

— — Die abnormen seelischen Reaktionen. Leipzig-Wien 1926.

Schnizer: Die Paranoiafrage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Referat, 8, 1914, 313.

Schüle: Klinische Psychiatrie. Leipzig 1886.

Seelert: Paranoisches Zustandsbild auf manisch-depressiver Grundlage. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Referat, 7, 1913. 86.

— — Verbindung endogener und exogener Faktoren in dem Symptomenbilde und der Pathogenese von Psychosen. Berlin 1919.

Sérieux und Capgras: Les folies raisonnantes, 1909. Paris.

— — Les interprétateurs filiaux. Journ. de psychol. norm. et pathol., 1910, und L'Encéphale, 1, 1910, 113.

Siefert: Über die Geistesstörungen der Strafhaft. Halle 1907.

Siemerling: Lehrbuch der Psychiatrie von Binswanger-Siemerling, V. Aufl., 1920.

Snell: Über Monomanie als primäre Form der Seelenstörung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 22, 1865, 368.

Specht, G.: Über den pathologischen Affekt in der chronischen Paranoia. Erlangen und Leipzig 1901.

— — Chronische Manie und Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr., 31, 1905, 590.

— — Über die klinische Kardinalfrage der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr., 34, 1908, 877.

Stransky: Das manisch-depressive Irresein. Leipzig u. Wien 1911.

— — Die paranoiden Erkrankungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 18, 1913, 363.

T.

Tiling: Individuelle Geistesartung und Geistesstörung. Wiesbaden 1904.

— — Zur Paranoiafrage. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1901/02, 431.

— — Clemens Neisser: Individualität und Psychose. Referat, Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr., 1906, 91.

Thomsen: Die akute Paranoia. Arch. f. Psychiatr., 45, 1909, 803.
Tintemann: Unfall und Paranoia. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 72, 1916, 305.
Többen: Ein Beitrag zur Kenntnis des Eifersuchtswahnes. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 19, 1906, 321.
Torren v. d.,: Psychosen und Psychoneurosen auf dem Boden einer überwertigen Idee. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 9, 1912, 91.

W.

Weber: Chronische Paranoiker in verwaltungs-, straf- und zivilrechtlicher Beziehung. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 62, 1906, 1.
Werner: Die Paranoia. Stuttgart 1891.
Wernicke: Über fixe Ideen. Deutsche Med. Wochenschr., 1892.
— — Grundriß der Psychiatrie, II. Aufl. Leipzig 1906.
Westphal: Über die Verrücktheit. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatr., 34, 1878, 252.
Westerterp: Prozeß und Entwicklung bei verschiedenen Paranoiatypen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 91, 1924, 259.
Wetzel: Das Interesse des Staates im Kampfe mit dem Recht des einzelnen, erörtert an den Rechtsstreitigkeiten des Freiherrn v. Hausen. Monatsschr. f. Krim.-Psychol., 12, 1921/22, 346.
Weygandt: Zur Paranoiafrage. Arch. f. Psychiatr., 47, 1910, 983.
Wigert: Studien über die paranoischen Psychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., 38, 1915, 1.
Wilmanns: Zur klinischen Stellung der Paranoia. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatr., 1910, 294.
— — Über Gefängnispsychosen. Halle 1908.

Z.

Ziehen: Eine neue Form der periodischen Psychosen. Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol., 3, 1898, 31.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Einführung in das Studium der Nervenkrankheiten

für Studierende und Ärzte.

Von Prof. **Dr. Alfred Fuchs.**

Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage.
Mit 117 Abbildungen im Text und 11 Tafeln in Lichtdruck.
Preis geh. Gm. 19·—, geb. Gm. 21·40.

Beiträge zur Entwicklungsgeschichte des menschlichen Gehirns.

Von Prof. **Dr. Ferdinand Hochstetter,**
Vorstand der II. anatomischen Lehrkanzel der Universität Wien.
Herausgegeben mit Unterstützung der Akademie der Wissenschaften in Wien.

I. Teil.

Mit 18 Abb. im Text und 25 Tafeln in Lichtdruck. Quart. — Preis Gm. 13·40.

II. Teil, 1. Lieferung: **Die Entwicklung der Zirbeldrüse.**

Mit 6 Abb. im Text und 4 Tafeln in Lichtdruck. Quart. — Preis Gm. 6·80.

2. Lieferung: **Über die Entwicklung des Hirnanhanges.**

Mit 16 Abb. im Text und 4 Tafeln in Lichtdruck. Quart. — Preis Gm. 6·80.

Variabilität und Vererbung am Zentralnervensystem des Menschen und einiger Säugetiere.

(Familienuntersuchungen mit Berücksichtigung von Geschlecht u. Entwicklung.)

Von **Dr. J. P. Karplus,**
a. ö. Professor der Physiologie und Pathologie des Zentralnervensystems an der Wiener Universität, Abteilungsvorstand an der Wiener allgemeinen Poliklinik.

Zweite, umgearbeitete und vermehrte Auflage.

Mit 68 Abbildungen im Text und 6 Tafeln in Lichtdruck. — Preis Gm. 8·—.

Mikroskopisch-topographischer Atlas des menschlichen Zentralnervensystems

mit begleitendem Texte.

Von Prof. **Dr. Otto Marburg.**

Dritte Auflage in Vorbereitung.

Anleitung beim Studium des Baues der nervösen Zentralorgane im gesunden und kranken Zustande.

Von **Dr. Heinrich Obersteiner,**
o. ö. Professor, Vorstand des Neurologischen Instituts an der Universität zu Wien.

Fünfte, vermehrte und umgearbeitete Auflage. Mit 267 Abb. — Preis Gm. 7·—.

Lehrbuch der speziellen Psychiatrie

für Studierende und Ärzte.

Von Prof. **Dr. Alexander Pilcz.**

Sechste, verbesserte Auflage. — Preis geh. Gm. 14·—, geb. Gm. 16·40.

Spezielle gerichtl. Psychiatrie für Juristen und Mediziner.

Von Prof. **Dr. Alexander Pilcz.**

Preis Gm. 5·—.

Verlag von Franz Deuticke in Leipzig und Wien.

Sexualpsychopathologie.

Von **Dr. med. et phil. Arthur Kronfeld** (Berlin).

(1923). Preis geh. M 3.60, geb. M 5.40

Beitrag zur vergleichenden Rassen-Psychiatrie.

Von Prof. **Dr. Alexander Pilcz.**

(1906). Preis M 2.50

Über Hypnotismus, okkulte Phänomene, Traumleben usw.

Sieben Vorträge für gebildete Laien

von Prof. **Dr. Alexander Pilcz.**

(1926). Preis M 3.—

Die psychopathischen Persönlichkeiten.

Von Prof. **Dr. Kurt Schneider** (Köln a. Rh.)

(1923). Preis geh. M 3.80, geb. M 6.30

Die abnormen seelischen Reaktionen.

Von Prof. **Dr. Kurt Schneider** (Köln a. Rh.)

(1927).

Über den Inzest.

Von Prof. **Dr. Heinrich Többen** (Münster i. W.)

Mit 4 Tabellen. — (1925). Preis M 3.—

Neuere Beobachtungen über die Psychologie der zu lebenslänglichem Zuchthaus verurteilten oder begnadigten Verbrecher.

Von Prof. **Dr. Heinrich Többen** (Münster i. W.)

Im Druck.